This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE
MÉDICO-CHIRURGICALE

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES
fondée en 1833 par le professeur TROUSSEAU

—

1907

74e ANNÉE

Revue de Thérapeutique

MÉDICO-CHIRURGICALE

Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales, fondé en 1833 par le Professeur TROUSSEAU

COMITÉ DE DIRECTION

Prof. BOUCHARD
Membre de l'Institut.

Prof. QUYON
Membre de l'Institut.

Prof. LANNELONGUE
Membre de l'Institut.

Prof. LANDOUZY
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'hôpital Laënnec.

Prof. FOURNIER
Membre de l'Académie de Médecine.

RÉDACTION

Dr BENOIT, ex-interne des hôpitaux.
Dr BLONDEL, chef de lab. à la Charité.
Dr CHASSEVANT, prof. agr à la Faculté
Dr COURTADE, anc. int. des hôpitaux.
Dr DARIER, ex-prés. de la Soc. d'opht.
Dr DEMELIN, accoucheur des hôpitaux
Dr DESCHAMPS, anc. int. des hôpit.
Dr LESAGE, médecin des hôpitaux.
Dr LYON, ex-chef clinique de la Faculté.
Dr MOREL-LAVALLÉE, méd. des hôp.
Dr PIERRE SÉE, lauréat Acad. Méd
Dr SAINTON, ch. de cliniq. de la Faculté
Dr THIERCELIN, ch. de cliniq. de la Fac.
Dr VOGT, ex-assist. de la Fac. de Genève

Dr BERINI. — Dr PERCIVAL. — Dr DE HOLSTEIN. — Dr WYBAUW.

Revue des Publications étrangères.

Rédacteur en Chef : Dr RAOUL BLONDEL
Chef de Laboratoire à la Maternité, Lauréat de la Faculté, Secrétaire général adjoint de la Société de Thérapeutique.

Secrétaire de la Rédaction : Dr E. VOGT
Ex-assistant de la Faculté de Genève, Secrétaire de la Société de Thérapeutique.

Abonnement et vente au numéro :

Rédaction : 103, Bd Haussmann (Tél. 583-14)

Librairie FÉLIX ALCAN, 108, boulevard St-Germain (Tél. 817-01)

Abonnements : FRANCE, 12 fr. — ÉTRANGER, 13 fr.

Publicité : 80, rue Taitbout (Tél. 135-74)

1907

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER-BAILLIÈRE ET Cie
FÉLIX ALCAN ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1907

Tous droits réservés.

BOSTON MEDICAL
JUN 29 1909
LIBRARY.

CATALOGUED
JUN 29 1909
J. F. B.

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 29 1909

TRAVAUX ORIGINAUX

11216

EPITHELIOMES OU CANCERS

Mode de formation, Développement et évolution, Généralisation et conditions pathogéniques.

Par le Dr Lancereaux,
Membre de l'Académie de Médecine

Notre distingué collègue, le Professeur Poirier, en faisant dans l'une des dernières séances de l'Académie, une intéressante et chaleureuse communication sur la guérison du cancer de la langue, a manifesté le désir de voir se fonder en France un Institut dont le but serait d'étudier cette maladil si rlbelle et encore si peu connue. Ce vœu, grâce à la générosité d'un confrère, a été rapidement exaucé et nous n'avons qu'à nous en féliciter.

Selon le Professeur Poirier, aucun traitement médical n'est susceptible jusqu'ici d'arrêter les progrès du cancer ; le bistouri seul, utilisé à une période peu avancée du mal, parvient à ce but et cela dans le cancer même de la langue, qui, en raison de la richesse vasculaire de cet organe, est considéré à juste titre comme l'un des plus graves et des plus exposés aux récidives.

Pour mon compte, j'aurais aimé à lui voir faire des distinctions entre les différentes variétés des cancers linguaux suivant leur point de départ : les épitheliums de revêtement de la muqueuse linguale ou ceux de ses glandes. Il en est, en effet, de la langue comme de la peau où le cancer tégumentaire a beaucoup moins de tendance à se généraliser et à récidiver que le cancer de la couche de Malpighi et des glandes en rapport plus immédiat avec les vaisseaux lymphatiques et sanguins.

Je suis d'ailleurs d'accord avec notre collègue, et bien que n'étant pas chirurgien, j'ose avancer qu'un cancer datant de plusieurs années peut encore guérir définitivement, à la suite de l'ablation par le bistouri. Malheureusement, il est bien difficile, en pareil cas, de prévoir les non récidives et d'affirmer cette guérison. Une dame de 46 ans qui portait dans le sein gauche, depuis plus de 2 ans, une tumeur du volume d'une pomme d'api, irrégulière, d'une dureté ligneuse, présentait en outre dans l'aisselle et jusque dans la région du cou, sur le trajet de la veine jugulaire, des ganglions indurés et manifestement cancéreux. Cette personne était amaigrie et son teint d'ordinaire un peu pâle, était devenu jaunâtre ; l'appétit faiblissait et le dépérissement était progressif. L'ablation totale du sein fut pratiquée par mon collègue et ami le Docteur Léon Labbé, puis avec une grande dextérité celle des ganglions lymphatiques de l'aisselle et du cou car aucun d'eux ne subit la moindre déchirure.

La cicatrisation fut rapide, il resta à la suite une légère paralysie de l'avant-bras qui disparut plus tard. Depuis près de 20 ans que l'opération a été pratiquée, cette dame est des mieux portantes et n'a présenté jusqu'ici aucune trace de récidive.

Une autre femme plus jeune de quelques années, et d'une bonne santé apparente, portait, comme la précédente, dans l'un des seins une tumeur du volume d'un gros marron, tumeur dure, peu adhérente aux tissus circonvoisins et sans altérations appréciables des ganglions axillaires ; aussi parut-elle à notre collègue, le Docteur Labbé, et à moi, se trouver dans les meilleures conditions pour une opération. L'ablation du sein fut pratiquée en entier et la région axillaire fouillée. La cicatrisation fut également rapide ; mais, deux mois plus tard, apparaissaient sur la peau, au voisinage de la cicatrice, de petites indurations du volume d'un grain d'orge, qui se multiplièrent rapidement dans tous les sens, suivant des directions rectilignes et finirent par indurer la peau, au point de gêner les mouvements respiratoires. Trois ou quatre mois plus tard, la malade était emportée et l'opération me parut avoir été plus nuisible qu'utile.

Deux ablations de cancers du sein, identiques en apparence, sont pratiquées avec grand soin par le même chirurgien, et néanmoins elles ont des suites bien différentes : la première concernant une malade qui inspirait les plus vives inquiétudes finit par la guérison ; la seconde, qui semblait devoir être favorable, fut rapidement suivie de récidives multiples et de la mort.

Toutefois, si au lieu de nous contenteru de substance conjonctive, il me sembla nous avions cherché à nous rendre compte de l'état des nombreux lymphatiques qui émanent de la mamelle, peut-être aurions-nous été moins rassurés sur le résultat.

La leçon à tirer de ces faits, c'est qu'il est nécessaire avant toute intervention chirurgicale, d'examiner avec le plus grand soin non seulement les ganglions, mais encore les vaisseaux lymphatiques provenant de l'organe ou de la région affectée de cancer, puisque c'est par ces vaisseaux que se généralisent habituellement les tumeurs cancéreuses.

Jusqu'en l'année 1872, je n'avais aucune idée claire au sujet des néoplasies. A cette époque, un fait vint frapper mon attention, à savoir la diversité d'origine de ces lésions. Après avoir reconnu que les unes avaient pour point de départ constant un tissu épithélial, les autres un tissu de substance conjonctive, il me sembla naturel de désigner les premières sous le nom de *néoplasies épithéliales* (1) ; les secondes sous celui de *néoplasies conjonctives*.

D'ailleurs, je ne tardai pas à m'apercevautant de variétés qu'il y a de variétés de ces deux grands groupes de tumeurs.

Affections du jeune âge, les *néoplasies conjonctives* se montrent tout d'abord sur un ou plusieurs points dans les premières années de l'existence, pendant la période d'accroissement des tissus dont elles sont en quelque sorte des perturbations. Elles ont, en général, des foyers multiples, se généralisent de préférence par l'intermédiaire des veines, présentent autant de variétés qu'il existe de variétés de tissus provenant du feuillet moyen du blastoderme, c'est-à-dire de tissus de substance conjonctive.

Affection de l'âge avancé de la vie, les *néoplasies épithéliales* sont plutôt en rapport avec la déchéance de l'organisme, car elles n'apparaissent jamais avant la fin de l'accroissement et plus tard chez l'homme que chez la femme, en raison sans

(1) V. E. Lancereaux, Traité d'Anatomie, Paris 1875-77. Voy. Préface.

doute du développement plus avancé de cette dernière. Elles commencent toujours par un foyer unique, se généralisent surtout par les vaisseaux lymphatiques, en donnant naissance à des tumeurs secondaires de même composition et présentent autant de variétés qu'il y a de variétés de tissus épithéliaux. Ainsi des caractères absolument distincts séparent nos deux grands groupes de néoplasies, il n'y a pas de confusion possible entre elles.

Les néoplasies épithéliales ou *cancers*, qui nous occupent d'une façon plus spéciale en ce moment, ne manquent pas d'analogie avec les glandes, la mamelle en particulier. Elles commencent de même que cette dernière, par la formation de jeunes éléments épithéliaux qui, en se multipliant, produisent une sorte de bourgeon épithélial, lequel ne tarde pas à faire proliférer les éléments du tissu conjonctif ambiant. Ceux-ci, en se multipliant, pénètrent le bourgeon épithélial au sein duquel elles forment des travées conjonctivo-vasculaires qui président à la nutrition et au fonctionnement de ses éléments, vraisemblablement doués d'une sécrétion interne.

Mais le cancer qui naît, et se développe ainsi suivant les procédés naturels, c'est-à-dire suivant le mode de formation et de développement des organes glandulaires, évolue de la même façon que ces organes en ce sens qu'avec l'âge, les éléments épithéliaux finissent par se détruire et il se trouve réduit parfois à la simple trame conjonctive.

Cette manière de voir s'accorde tout au moins avec les faits : elle explique l'ulcération prématurée du cancroïde dont le siège superficiel ne permet guère la formation d'une trame conjonctive alvéolaires : elle rend compte de l'induration, si particulière du cancer dont le stroma, formé d'un tissu nouveau, se rétracte peu à peu ainsi qu'un tissu de cicatrice et finit par étouffer les cellules épithéliales en commençant par les plus anciennes. Ainsi se produit la dépression, sorte de cupule si communément observée au centre de cette étrange production. Au reste, lorsque la trame alvéolaire est abondante, il vient un moment où les éléments épithéliaux disparaissent comme dans une mamelle vieillie, et il ne reste plus du cancer qu'un tissu fibreux pouvant faire croire à une fausse guérison. En effet, ce mode de terminaison survenant toujours à une phase avancée de l'évolution cancéreuse, lorsque l'organisme est déjà profondément épuisé ne finit pas moins par entraîner la mort.

Les cancers qui sont dans ces conditions, ou cancers squirrheux des auteurs, ont une durée généralement plus longue que ceux dans lesquels prédomine l'élément épithélial (cancers encéphaloïdes) ; et cela sans doute en raison d'une sécrétion plus abondante de ces derniers.

La généralisation du cancer a lieu, non pas par infection, comme on pourrait le croire, mais bien par greffe, c'est-à-dire par émigration de jeunes cellules qui, abandonnant le foyer primitif, vont s'arrêter dans un organe plus ou moins éloigné. Là, elles se multiplient et se développent à la façon de la tumeur initiale dont elles conservent les caractères.

En conséquence la cellule cancéreuse n'a pas seulement la propriété de se diviser et de se multiplier sur place, mais encore celle de pouvoir émigrer au loin, de se greffer et de coloniser. Aussi est-ce, à juste titre, que, pour éviter l'ensemencement du cancer, le Docteur Poirier conseille l'extraction en entier et sans déchirure des ganglions lymphatiques.

Si le foyer initial du cancer a pour point de départ constant, un tissu épithélial,

par contre les tumeurs secondaires de ce même cancer se rencontrent partout, aussi bien dans les organes dépourvus d'épithéliums, comme les muscles et les os, que dans ceux qui en possèdent (peau, glandes, organes digestifs, etc.).

Leur composition, toujours semblable à celle du foyer primitif, est la preuve certaine de la propagation du cancer par greffe. Autrement on ne s'expliquerait pas la présence d'un épithéliome au sein d'un organe qui, comme les muscles et les os, ne renferme aucun épithélium, pas plus que le développement dans le foie d'une néoplasie formée de tubes épithéliaux cylindriques ainsi que je l'ai vu dans un cas de cancer du corps de l'utérus ou celle dans le même organe d'un épithéliome à cellules pavimenteuses, accompagnant un cancer de la région inférieure du rectum. Les faits de ce genre qu'il n'est pas posssible de contester, ne sont pas favorables, du moins en apparence, à la théorie parasitaire du cancer. En effet, comment admettre qu'un parasite quelconque, émanant d'un foyer cancéreux, puisse donner naissance à des éléments épithéliaux dans un organe qui en est totalement dépourvu ? D'ailleurs, l'apparition constante du cancer à un âge avancé de la vie, à l'encontre des néoplasies conjonctives, et en outre sa localisation, non pas dans les tissus de substance conjonctive mais dans les épithéliums ne sont pas davantage des circonstances favorables à une origine parasitaire. Elles porteraient plutôt à croire que des modifications subies par les tissus au cours des années peuvent donner naissance à des substances chimiques, sorte de ferments susceptibles d'irriter et de faire proliférer les éléments épithéliaux, pour peu qu'une cause occasionnelle vienne stimuler leur activité nutritive.

La fréquence relativement grande, enfin, du cancer épithélial chez les arthritiques est un autre indice d'un certain rapport de cette lésion avec la nutrition générale ; ce que semble encore confirmer la transmission héréditaire de ce mal et sa symétrie comme dans un fait actuellement sous nos yeux.

Il s'agit d'une femme âgée de 87 ans, et qui, opérée avec succès il y a 20 ans d'un cancroïde de la région frontale droite, par notre ancien et regretté collègue Polaillon, présente aujourd'hui un cancroïde en voie d'évolution de la région diamétralement opposée.

Cependant, le cancer évolue du centre à la périphérie, ainsi que la plupart des affections parasitaires, sa propagation par greffe et non par infection, la propriété que possèdent ses éléments de proliférer à la façon de l'ovule stimulé par le spermatozoïde, ce sont là autant de raisons sérieuses pour admettre qu'un agent animé plutôt qu'une substance chimique est le point de départ, le *primum movens* de la végétation cellulaire, l'origine du bourgeon initial du cancer.

Mais, quel est l'agent singulier qui jouit de la propriété de féconder la cellule épithéliale, à la façon du spermatozoïde par rapport à l'ovule ?

Serait-ce un protozoaire ; serait-ce le microccus néoformans du Dr Doyen, parasite intracellulaire ? je l'ignore. Néanmoins, l'observation clinique et le raisonnement conduisent à accepter aujourd'hui la théorie parasitaire du cancer épithélial ; c'est donc avec raison que des recherches sont dirigées dans ce sens, car tout porte à croire que l'expérimentation, venant en aide à la clinique, ne tardera pas à nous donner la solution de ce difficile problème.

L'importance de la pathogénie du cancer ne peut échapper à personne, puisqu'elle est la première condition pour arriver à établir une prophylaxie et une thérapeutique efficaces de cette grave maladie.

Les néoplasies épithéliales, en somme, pas plus que les néoplasies conjonctives,

ne sont des production étrangères à l'organisme, mais de simples proliférations des tissus vivants qui, bien que suivant les lois du développement physiologique, ne parviennent pas moins à constituer des formations désordonnées, anarchiques et le plus souvent indéfinies des éléments organiques. Or, comme il existe autant de variétés de néoplasies qu'il y a de variétés de tissus élémentaires, il en résulte que la pathologie des tumeurs, à part l'irritant initial qui fait toujours défaut, est des plus simples et que la clef en est incontestablement dans la connaissance de l'histologie et du développement des tissus.

RÉSULTATS DE LA THÉRAPEUTIQUE INTRA-TRACHÉALE DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par le Dr M. Mendel
Ancien Interne des Hôpitaux

La thérapeutique de la tuberculose pulmonaire traverse une crise pénible. Tous les regards sont en ce moment tournés vers les laboratoires des bactériologistes d'où l'on espère voir sortir le sérum curateur si souvent annoncé.

Les malades y aspirent avec anxiété ; les médecins ne l'attendent pas moins, car leur embarras est grand au lit du malade. Toutes les médications proposées depuis vingt ans ont été abandonnées tour à tour : l'huile de foie de morue, le tannin, la créosote, la viande crue ont fait leur temps ; le sanatorium lui-même a fait faillite : c'est Léon Petit qui s'est chargé d'enfaire la déclaration en fermant aux tuberculeux le sanatorium du Mont des Oiseaux qui avait pourtant été édifié à leur intention.

Je désire vous présenter aujourd'hui une médication qui n'a pas fait faillite, du moins j'en viens porter l'affirmation devant vous : c'est l'injection intra-trachéale d'huile médicamenteuse que je préconise et que j'emploie depuis huit ans, parce que c'est une médication toujours inoffensive, rationnelle et, à certains égards, spécifique : je m'efforcerai tout à l'heure de justifier ce dernier mot que vous trouvez peut-être ambitieux pour le moment.

Je vous ai déjà exposé, il y a deux ans, presque jour pour jour, la technique simplifiée qui, malgré le préjugé de l'intangibilité de la trachée, ne s'accompagne jamais d'aucun réflexe ; je vous ai même présenté sur un trachéotomisé une expérience confirmative de mes assertions, et les applaudissements qui l'ont accueillie m'ont causé une joie bien vive.

Je ne reviendrai donc pas sur ce sujet et je répéterai seulement que le traitement trachéal comporte une trentaine d'injections quotidiennes de 9 cmc environ — trois

seringues consécutives de 3 cmc — d'huile goménolée ou eucalyptolée de 1 à 10 0/0. Après cette série, le malade est laissé au repos et une ou plusieurs séries successives peuvent être par la suite administrées.

Le traitement s'applique à la prétuberculose et à tous les cas de tuberculose pulmonaire chronique : la fièvre ne le contre indique pas, mais dénote une situation grave dans laquelle les résultats sont moins bons.

Je vais donc vous exposer les résultats que j'obtiens constamment depuis huit ans, et que je déduis d'observations de plus de deux cents malades suivis en ville et aussi à l'Hôtel Dieu dans le service de M. le Prof. Brissaud.

Je vous ai dit que cette médication est rationnelle et à certains égards spécifique. Elle est rationnelle par l'emploi intensif et local de l'eucalyptol qui assèche le tissu pulmonaire, infiltré ou ramolli.

L'action asséchante du traitement, je l'ai constatée bien souvent en voyant les râles humides ou même caverneux disparaître en quelques jours. Je ne vous lirai pas d'observations parce que j'en aurai trop et que j'en ai déjà publié un bon nombre. Je me borne à vous dire que l'assèchement des régions ramollies ou des cavernes est d'observation constante et conséquemment la diminution ou la cessation de la toux et de l'expectoration.

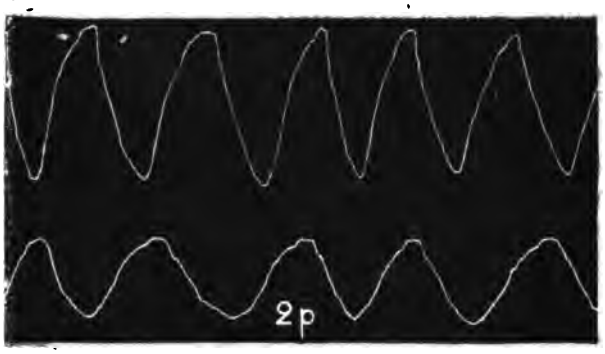
Ce résultat ne vous semblera pas extraordinaire : on sait que l'eucalyptol est un médicament asséchant, et employé topiquement, si l'on peut dire, il agit de façon plus rapide.

J'arrive maintenant à l'action du traitement que j'ai appelée spécifique et voici comment j'entends ce mot. La phtisie est une maladie microbienne — c'est entendu — mais dont la lésion pulmonaire amène une diminution notable de la fonction respiratoire, diminution qui, par un cercle vicieux, entretient et aggrave la maladie. Les tuberculeux ont tous une respiration amoindrie, c'est ce qui ressort de l'observation des malades ; c'est surtout ce qu'établissent nettement les recherches de Charlier sur la capacité respiratoire des tuberculeux, les résultats obtenus par Rosenthal grâce à la gymnastique respiratoire et enfin mes propres tracés pneumographiques.

Or, l'injection trachéale d'huile essentielle possède une action inattendue sur laquelle j'appelle spécialement votre attention. Voici le fait : Un tuberculeux qui reçoit dans sa trachée quelques cent. cubes d'huile eucalyptolée ressent instantanément une fraîcheur et une sensation de bien-être respiratoire. Il respire plus largement et suivant une expression que j'entends souvent, « l'injection lui donne de l'air ». Il y a là, probablement, une action réflexe, causée par l'évaporation de l'huile essentielle, sur les extrémités nerveuses intra-pulmonaires.

Cette respiration agrandie persiste pendant quelques heures chaque jour et devient bientôt permanente. Elle se traduit à l'auscultation par le retour du murmure dans les régions primitivement silencieuses ; lorsqu'elle ne se produit pas, on peut en conclure que les poumons ne sont pas susceptibles de dilatation et le pronostic est généralement mauvais, sauf exceptions.

Cette transformation de la fonction respiratoire peut être constatée objectivement grâce au pneumographe. Voici quelques tracés sur cette figure, vous voyez deux tracés A et B qui proviennent d'un tuberculeux au premier degré présentant de l'induration du sommet droit (souffle et râles secs).

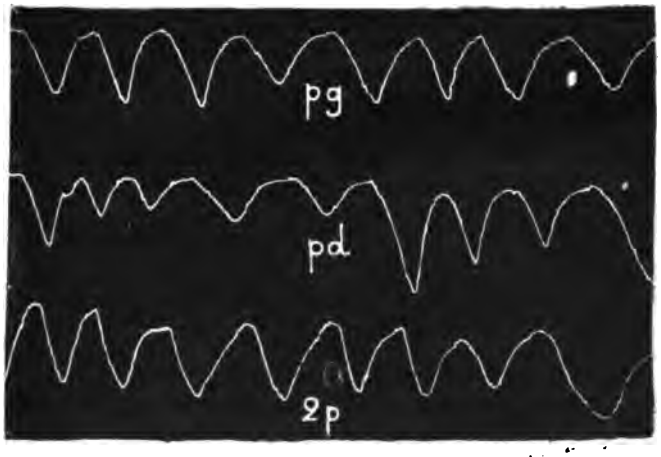


Le tracé A a été pris avant tout traitement ; puis le malade a reçu l'injection trachéale d'une dizaine de cent. cubes d'huile eucalyptolée à 5 0/0 et le tracé B a été pris immédiatement après. On voit de suite que l'amplitude du tracé B est à peu près double de celle du tracé A.

Telle est l'action immédiate de l'injection, celle qui suit la petite opération et qui s'éteint en quelques heures.

Voici maintenant le résultat acquis après un certain nombre d'injections et indépendamment de l'opération.

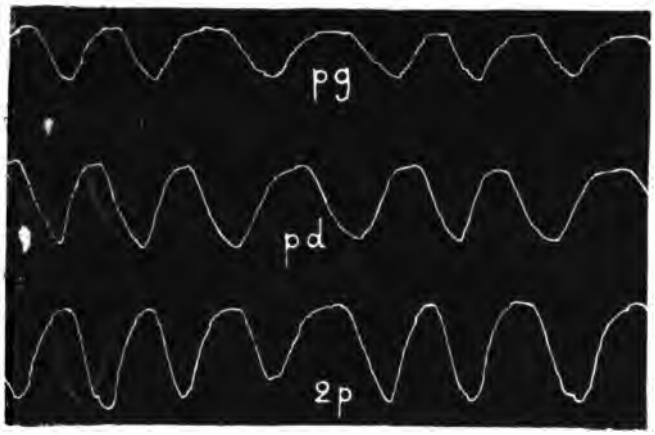
La figure que voici se rapporte à un autre malade du premier degré présentant les signes suivants : submatité du sommet droit, inspiration très affaiblie, retentissement exagéré de la voix et de la toux, exagération des vibrations thoraciques à la palpation ; amaigrissement, anorexie, etc.



Tracés pneumographiques.

La figure 2 vous présente un triple tracé pris avant tout traitement ; en 2p. on voit le tracé bi-pulmonaire, en pd. le tracé du poumon droit ; en pg., celui du poumon gauche.

La respiration traduite ici est d'assez faible amplitude ; le poumon droit (pd.) offre une respiration très irrégulière, un long soupir suit une série de petites inspirations ; le nombre des respirations est de 22 à la minute. Après huit injections quotidiennes, ce malade donna les tracés représentés ici (fig. 3). On voit que le type respiratoire est notablement modifié, l'amplitude est augmentée ; la respiration est plus régulière surtout en pd. ; le nombre des respirations est descendu de 22 à 17 à la minute, chiffre plus normal. La diminution du nombre des respirations est toujours un signe favorable : elles sont moins nombreuses parce que chacune d'elles étant plus ample, procure plus d'air au sujet.



Tracés pneumographiques

En même temps, l'auscultation du sommet droit permet de constater une inspiration plus ample.

***

La métamorphose du type respiratoire s'accompagne d'un soulagement très précieux de la dyspnée des tuberculeux, à tel point que les malades à tous les degrés attendent avec impatience leur injection quotidienne. Mais cette modification fonctionnelle produit encore un résultat plus capital : le relèvement de l'hématose attesté par le retour de l'appétit et des forces, l'augmentation du poids, en un mot l'établissement d'une vitalité supérieure ; et c'est là un phénomène constant ; chaque fois du moins que l'état de l'organisme le permet, c'est-à-dire exception faite pour les cas trop avancés.

Et c'est ici que je reprends ce mot de spécifique que j'ai lancé audacieusement tout à l'heure. On est trop habitué à penser bactériologiquement, si j'ose dire, et le mot spécifique, en matière de tuberculose, évoque l'idée d'un agent bacillicide.

Mais dans la tuberculose, le bacille n'est qu'un des éléments du phénomène morbide : à côté de la graine, il y a le terrain, en face du microbe, il y a l'organisme dont le rôle et la tendance sont de lutter contre la maladie, contre l'infection.

Or relever l'organisme du malade, amplifier la respiration spécifiquement défaillante du tuberculeux, c'est agir *spécifiquement* à l'égard du terrain.

D'autant plus que cette action dilatatrice ne s'observe nettement que chez les tuberculeux : et que chez un même malade le poumon lésé s'amplifie alors que le poumon sain ou relativement sain, reste insensible à l'action de l'huile essentielle.

Enfin, il est tout à fait remarquable de constater que l'amélioration obtenue par une série d'injections trachéales, se maintient pendant de longs mois après la cessation du traitement.

J'ai dans mes notes de nombreux cas où l'augmentation du poids s'est continuée longtemps en dehors de toute action thérapeutique.

On ne peut naturellement pas fixer la durée de cette amélioration : elle dépend de l'état de chaque malade, mais les durées de 5 à 6 mois présentent une moyenne. La plus longue durée que j'aie encore eu l'occasion d'observer est de quatre ans. Voici le fait en deux mots. Une femme de trente-huit ans vient me consulter en 1900. Elle tousse et perd ses forces : l'appétit est nul, la respiration est courte. On note à l'auscultation la diminution nette du murmure vésiculaire au sommet droit avec augmentation des vibrations vocales à l'auscultation et à la palpation. Une trentaine d'injections eucalyptolées rendent à cette femme son état normal : les forces et l'appétit reparaissent, la respiration s'amplifie, le poids augmente d'un kilogramme, elle peut reprendre son travail.

Pendant trois ans, cette malade m'écrit périodiquement que sa santé se maintient bonne. Je ne la revois qu'en 1904 : elle vient me revoir parce sa santé s'affaiblit et qu'elle se retrouve dans la même situation qu'il y a quatre ans. Effectivement, l'état clinique est le même et la même médication en a raison aussi facilement : jusqu'à ce jour, l'état se maintient bon.

***

Je serai court sur la statistique générale de mes deux cents cas. En effet, autant il est nécessaire et facile de présenter une statistique de fièvre typhoïde, par exemple, autant il est difficile d'en établir une sur une affection chronique comme la tuberculose.

La fièvre typhoïde se termine au bout d'un temps précis par la guérison ou la mort ; en matière de tuberculose chronique, la durée de l'observation est presque toujours insuffisante et, en définitive, quand peut-on affirmer la guérison d'un malade ? Je sais bien qu'on a préconisé l'emploi de la tuberculine, mais il n'est pas encore entré dans les mœurs médicales.

L'étude de l'action d'un traitement sur quelques malades est bien plus probante qu'une longue statistique : c'est pourquoi de nombreux confrères, en France et à l'étranger, ont adopté cette méthode thérapeutique : ils l'ont essayé et l'ont apprécier.

Je veux cependant vous dire quelques chiffres : sur mes 200 tuberculeux à tous les degrés et tels que me les apportèrent les hasards de la clinique, je note 47 0/0 de guérisons apparentes avec reprise de la vie active, 33 0/0 d'améliorations considérables sans reprise d'une vie active et enfin 20 0/0 de résultats nuls. Naturellement ces derniers se rapportent aux cas les plus avancés.

Enfin je vous demande la permission de vous présenter l'injection trachéale simplifiée, non plus comme il y a deux ans au point de vue expérimental sur un trachéotomisé, mais telle qu'elle est pratiquée dans le cours du traitement. Vous verrez comme la petite manœuvre est rapide, facile et aisément supportée.

J'en profiterai pour vous présenter la jeune femme qui va recevoir l'injection et que je traite depuis près de 4 ans.

C'est une jeune femme de 21 ans. Lorsqu'elle vint me consulter, en avril 1903, elle était souffrante depuis cinq ans et se plaignait surtout d'une grande faiblesse qui empêchait tout travail : elle toussait beaucoup et crachait.

A l'auscultation, je notais de la submatité du sommet droit en avant et en arrière, une respiration très diminuée en avant et soufflante en arrière. Je constatai, en outre, un souffle anémique à la base du cœur, le teint était celui d'une chlorotique. Les divers traitements essayés n'avaient produit aucun résultat. Elle pesait 45.900.

Le traitement trachéal la transforma rapidement. Au bout d'une quinzaine la toux avait à peu près cessé, l'appétit était revenu, la respiration était très amplifiée, le travail était devenu possible. Le poids avait augmenté d'un kilog.

Cependant les signes stéthoscopiques n'avaient pas varié : exception faite pour le souffle cardiaque qui avait disparu.

Après la cessation du traitement d'un mois, la malade fut livrée à elle-même pendant 4 mois, en l'absence de tout traitement ; l'amélioration s'accentua et le poids augmenta de 5 kilog., soit une augmentation totale de 6 kilog. que cette jeune femme a conservés jusqu'à aujourd'hui.

Je l'ai traitée par la suite à plusieurs reprises, lorsqu'elle sent sa respiration un peu moins bonne, l'appétit moins vif, lorsque la toux reprend, lorsque les forces semblent diminuer, elle vient me demander une série d'injections et, en somme, depuis 4 ans, quoique les signes d'auscultation n'aient pas complètement disparu, elle a pu mener une vie normale ; elle vient même de se marier — sans mon autorisation, toutefois.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des Hôpitaux

Sur le traitement de la pustule maligne, par K. LENGFELLNER (*Munch. Med. Woch*, 4 déc. 1906). — L'auteur considère que le bistouri perd de plus en plus de son importance dans le traitement de la pustule maligne pour céder la place au traitement conservateur et peut-être plus tard au traitement sérothérapique.

Dans le traitement conservateur on laisse la pustule maligne absolument tranquille et sans y toucher, on nettoie le pourtour et on empêche le frottement du pansement par l'application d'une pommade non irritante, tout le membre repose tranquille et se trouve relevé. Par ce traitement absolument conservateur, on ne trouble pas le tissu infecté dans sa lutte contre l'infection, car toute mauvaise manœuvre peut favoriser la pénétration des germes dans la circulation. L'auteur cite ainsi 15 cas, examinés au microscope et au point de vue bactériologique, tous ont guéri par le traitement conservateur. Dans le tiers des cas l'infection avait atteint le bras, dans le cinquième des cas le cou, dans un autre cinquième la main et dans environ un tiers la face, dont un cas à la paupière supérieure.

Quant au traitement sérothérapique, les communications qui ont été faites sont extrêmement rares. Un cas publié par Wilms a guéri par des injections de sérum.

L. JUMON.

Contribution au traitement de l'érysipèle par le sérum antidiphtérique, par R. LABOUZ (*Vratchébnaya Gazeta* 1906 n° 48). — Dans deux cas d'érysipèle de la face, avec fièvre intense, l'auteur a obtenu, à la suite de l'injection de 1 cc. 50 de sérum antidiphtérique, pratiquée au troisième jour de maladie dans le premier cas et au deuxième jour dans le second, un arrêt net du processus morbide avec abaissement de la température jusqu'à son niveau normal. Dès le lendemain, la desquamation commençait et les malades entraient en convalescence.

V. DE HOLSTEIN.

Maladies générales non infectieuses

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Le traitement de l'obésité selon Von Noorden, *Les Nouveaux Remèdes*, N° 23 (8 décembre 1906), p. 544.) D'après le *Journal de Médecine de Paris*.) — Le traitement de l'obésité doit, pour être efficace, avoir pour but, à la fois d'empêcher que la graisse ne se dépose dans les tissus, et de faire disparaître les réserves de graisse existantes. On doit donc diminueur la ration alimentaire et augmenter les combustions.

Il faut donner une quantité suffisante d'albuminoïdes et réduire les substances non azotées, afin d'avoir, sous un volume assez considérable, un nombre minimum de calories. Le nombre de calories nécessaires pour un homme de poids moyen est de 2.500 ; il est de 2.200 pour une femme.

M. Von Noorden distingue 3 degrés de diète.

Le premier degré comporte les quatre cinquièmes de la ration normale, et ne doit

être appliqué qu'aux individus capables d'un exercice musculaire considérable.

Le second (1.500 calories) sera recommandé aux personnes faibles, et qui ne peuvent se livrer à un entraînement physique suffisant.

Le troisième (1.000 à 1.500 calories), qui demande à être étroitement surveillé, ne sera employé que dans les établissements de cure. L'amaigrissement qu'il produit est très rapide. Les cures lentes sont en général préférables, tout au moins pour les adultes.

L'augmentation des combustions sera réalisée par le travail musculaire.

On peut recourir enfin à l'opothérapie thyroïdienne, qui amène un amaigrissement assez rapide, mais cette médication demande à être employée avec prudence.

Dr Pierre Sée.

Action des agents physiques sur l'assimilation, par F. Foveau de Courmelles, 1er *congrès international d'hygiène alimentaire*, Paris 26 oct. 06. Sect. II. D'après l'Actualité médicale, n° 11. 15 nov. 06, p. 167. — Les courant de haute fréquence (ou d'Arsonvalisation) excitent d'une manière remarquable d'après M. Foveau de Courmelles, l'activité des échanges nutritifs. On peut démontrer ce fait de plusieurs manières :

1° En analysant, chez l'homme et les animaux, les produits de combustion respiratoire : la quantité d'oxygène absorbé et de gaz carbonique rejeté par la respiration, dans l'unité de temps, croît dans de notables proportions.

2° En constatant l'augmentation de la chaleur émise par le corps, et qu'on mesure à l'aide d'un appareil spécial nommé anémocalorimètre.

3° En appréciant le poids que perdent les animaux soumis à la d'Arsonvalisation.

Les courant de haute fréquence constitueraient donc un traitement rationnel des affections que le professeur Bouchard appelle « maladies par ralentissement de la nutrition ». (Goutte, diabète sucré, rhumatisme articulaire, obésité).

Dr Pierre Sée.

Modification des échanges organiques sous l'influence du chlorure de Baryum, par M. Filippi (*Lo Sperimentale*. fasc. V. p. 573). — M. Filippi a étudié les effets du chlorure de baryum sur les échanges. Ses expériences lui ont démontré que ce corps est un poison catabolique, dont on ne saurait recommander l'emploi en médecine.

L'auteur mettait des animaux à un régime alimentaire défini ; puis il mesurait leurs échanges organiques. Dans ce but, il établissait le bilan de l'azote, du phosphore et du chlore, en mesurant la quantité de ces substances que contenaient les urines et les matières fécales. Il donnait ensuite aux animaux des doses variables de chlorure de baryum, et observait les modifications des échanges sous l'influence de cette substance.

Dr Pierre Sée.

Le traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'ionisation salicylée, par M. E. Bordet, *Archives des Laboratoires des hôpitaux d'Alger*. T. VI, Juill. 1906, p. 137-140.

Les applications thérapeutiques de l'ionisation ont été exposées par M. le Professeur Stéphane Leduc (de Nantes). S'inspirant de ces travaux, M. le professeur Bergonié (de Bordeaux), a traité, avec succès, le rhumatisme articulaire par l'ionisation salicylée. Cette idée a été reprise par M. E. Bordet, qui communique les quatre observations suivantes :

1° Talalgie rhumatismale. Guérison en 5 séances ;

2° Rhumatisme articulaire et tendineux. Guérison en 10 séances ;

3° Rhumatisme musculaire aigu. Guérison en 7 séances ;

4° Rhumatisme polyarticulaire aigu. Guérison en 9 séances.

Les résultats que donne cette méthode nouvelle sont donc encourageants, et ils seront d'autant plus rapides et plus nets que l'affection sera prise à son stade moins avancé.

Dr Pierre Sée.

La thérapeutique du mal des montagnes, par M. Alberto Aggazzoti. *Revue scientifique* (Revue Rose). T. VI, n° 22. 1er déc. 06. pp. 673-678. — Le mal des montagnes se produit à des altitudes très variables selon la prédisposition individuelle. Il est caractérisé par les symptômes suivants : fatigue et somnolence croissantes, nausées, vomissements, vertige, éblouissements, céphalée, tachycardie et palpitations, essoufflement et oppression générale.

Le mal des montagnes a été attribué successivement au manque d'oxygène ou *anox-*

hémie (Paul Bert), et au défaut d'acide carbonique ou *acapnie* (Mosso, de Turin).

L'auteur examine les deux hypothèses. Il tient pour exacte celle de l'auteur italien, et la prend pour base de sa thérapeutique : il prescrit, en effet, de respirer au lieu d'oxygène pur, un mélange composé de 67 pour cent de ce gaz, de 13 0/0 d'acide carbonique, et de 20 0/0 d'azote.

Ce mélange est assez irritant lorsqu'on le respire à la pression barométrique ordinaire ; aussi faut-il, avant de commencer les inhalations, attendre les premiers symptômes du mal.

M. Alberto Aggazzotti a expérimenté sur lui-même le mélange gazeux, en se plaçant sous une cloche dans laquelle on abaissait progressivement la pression atmosphérique ; il dit avoir été satisfait des résultats qu'il a obtenus.

Dr PIERRE SÉE.

L'intoxication saturnine, par le Dr WOLF (de Marburg). *Deutsche Mediz. Zeitung.* 15 nov. 06. n° 92. p. 1025. — Dans un intéressant article, M. Wolf examine le saturnisme au point de vue médical et social. Il envisage d'abord toutes les causes d'empoisonnement par le plomb, et en particulier l'intoxication professionnelle des peintres et des broyeurs de couleur. Il étudie ensuite la prophylaxie de l'intoxication, ainsi que son traitement. Il examine en détail toutes les manifestations du saturnisme (Paralysie, colique, encéphalopathie, arthralgies, etc.) et les altérations cellulaires et sanguines qui se produisent sous l'influence du poison.

Dr PIERRE SÉE.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des Hôpitaux.

Pronostic et traitement des fractures bimalléolaires (*Soc. de chir.* 12 déc. 1906). — Quelques opinions se manifestent encore au sujet de la manière dont il convient de traiter les fractures par abduction, ou bimalléolaires. M. WALTHER, avec une majorité aujourd'hui bien affirmée, opte pour la réduction sous le chloroforme. Il s'est rangé, quant à lui, à la pratique de Tillaux, qui essayait toujours la réduction primitive en faisant une *très forte adduction* combinée à un relèvement du pied. Cette manœuvre a les plus grandes chances de réussir quand on met la *jambe dans la flexion*. Rien ne s'oppose donc à ce que l'on applique immédiatement l'appareil plâtré qui demeurera en place 45 jours. Mais à l'expiration de ce délai, si le cal ne paraît pas assez solide, il ne faut pas hésiter à remettre un appareil plâtré. Pour refus de laisser appliquer cet appareil, un de ses malades eut une déviation secondaire.

Cette pratique, qui ne tient pas compte du gonflement est favorable, quoi qu'en pense l'auteur, à la production de ces déviations, qui pourraient bien n'être, comme l'indiquait récemment P. Boyer, qu'une reproduction du déplacement. C'est l'avis qu'exprime M. CHAPUT, qui se déclare partisan du remplacement d'un plâtre par un autre, sitôt le dégonflement obtenu. Il se range également à l'avis de Tillaux, qui conseillait de placer le pied, non seulement dans l'axe du tibia, mais en adduction forcée. Quarante jours d'immobilisation sont nécessaires ; à la suite, le blessé marchera un mois avec des béquilles, sans toucher terre, dans les cas les plus bénins. Mais il ne faut pas moins de 50 à 60 jours d'appareil plâtré pour les cas graves et 2 mois de béquilles.

Si la consolidation n'est pas survenue au bout de cinq à six mois, l'intervention devient nécessaire.

A. BENOIT.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche par l'arthrotomie, par M. E. BRADFORD (*Surgery, Gynécology and Obstetrics*, août 1906). — Ce traitement de choix pour la luxation congénitale de la hanche est, de l'avis des pédiatres, la réduction manuelle et ce, à cause de la mortalité par infection septique dans l'arthrotomie. Les résultats de ce traitement sont pourtant fort imparfaits, et l'on n'obtient souvent que des transpositions de la tête et non la réduction vraie. En cas d'insuccès, l'A. se demande s'il n'y a pas lieu de revenir au traitement sanglant, en tenant compte des récentes données anatomo-pathologiques acquises depuis les premières tentatives. On sait aujourd'hui que c'est à des rétractions des muscles et des tendons, aux déformations de la capsule, qu'est due cette affection, plutôt qu'à l'absence d'acétabulum. Pour son compte, il a adopté cette manière de faire et conduit l'opération comme il suit : traitement préliminaire, qui consiste à relâcher les obstacles

sus-mentionnés par la traction. Ténotomies au besoin, du fascia lata. On réduit alors au mieux, pour rapprocher la tête de la cavité. Incision de l'épine iliaque AS allant en dehors, en bas et en arrière. Dissocier les fibres du moyen fessier sans les diviser. La capsule découverte, on la sectionne autour du col du fémur. Le ligament rond est aussi sectionné et l'on inspecte l'intérieur de la jointure au doigt et à la vue. On débarrasse la capsule des épaississements ostéo-fibreux qu'elle renferme. On place des pinces sur les vaisseaux qui peuvent être blessés. Durant ce temps, on repère la capsule avec des pinces. La tête est ramenée directement dans l'acétubulum préparé ; on vérifie s'il n'y a plus d'interposition fibreuse et, plaçant le fémur à 45° d'abduction, on reconstitue la capsule. Un fil est ensuite passé à travers le grand trochanter et le fixe aux parties les plus épaisses de la capsule. Ce fil devrait-il être doré, argent ou métal, c'est ce que l'auteur se propose de fixer par une suite d'observations nouvelles. Les résultats sont intéressants : sur 19 arthrotomies il n'y eut qu'une mort par septicémie (urines) ; d'où le conseil de ne pas opérer les enfants trop jeunes. Au point de vue fonctionnel, réduction maintenue dans 14 cas, soit 73 0/0, alors que la réduction manuelle ne donne que 55 0/0 de succès.

A. Benoit.

Résections de la hanche pour coxotuberculose grave suppurée, par MM. Caudier et Bernard. (*Communication faite à la Société de Médecine du département du Nord*, le 23 nov. 1906 in *Echo Med. du Nord*, 23 déc. 1906). — Les auteurs présentent des pièces provenant de deux résections de la hanche pratiquées par M. Gaudier dans son service de chirurgie infantile. Il s'agissait de deux coxalgies suppurées avec trajets fistuleux multiples et la résection de la hanche fut pratiquée non dans un but de traitement systématique de la coxalgie, mais comme un moyen nécessaire de drainage à cette période de la maladie.

Le premier cas rapporté est celui d'une fillette de 12 ans, coxalgique, avec abcès multiples remontant à plusieurs années. Résection très simple. L'épiphyse supérieure du fémur fut sectionnée à la scie de Gigli, la cavité cotyloïde vidée et drainée, le membre replacé en bonne position en extension continue.

Le deuxième cas est celui d'un garçon de 13 ans, ayant une ancienne coxalgie suppurée, avec luxation. Chez lui, l'ouverture large permit de découvrir un fait intéressant : la luxation fémorale avait été d'abord sous-cotyloïdienne, tandis que le fémur était remonté et que la portion restante de son col était venue se placer dans la cavité cotyloïde.

L'anesthésie, dans les deux cas, avait été la rachistovaïnisation à doses très réduites, d'après la méthode de Bier.

R. Baumel.

Traitement des arthrites chroniques par la fibrolysine, par Sauvels (*Therap. Monatshefte*, déc. 1906). — La thiosinamine salicylée ou fibrolysine est depuis deux ans utilisée par l'auteur dans les cas d'arthrite chronique, en injection intramusculaire dans la région fessière. On injecte rapidement le liquide qui ne doit présenter aucun trouble : si l'on prend cette précaution, on évite toute réaction locale.

Les effets obtenus sont rapides : les exsudats et œdèmes disparaissent, les douleurs diminuent et la motilité est augmentée.

L'auteur s'est servi d'ampoules que l'on trouve dans le commerce, de la capacité de 2,3 cc., correspondant à 0,2 de thiosinamine.

Dans le même numéro, Schourp donne le résultat de ses recherches concernant le même traitement dans 3 cas de *rétrécissement de l'urèthre*. Il s'est servi des injections comme adjuvant du traitement classique par la dilatation progressive, et a eu l'impression que la guérison a été chaque fois beaucoup plus facilement obtenue qu'à l'ordinaire.

L'auteur a utilisé des injections sous-cutanées : il ne s'est produit aucune réaction locale.

E. Vogt.

Abcès fistulé du maxillaire inférieur, par Brun (*Soc. d'anat. et de physiol. normales et pathol. de Bordeaux*, 27 août 1906 in *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 23 déc. 1906). — L'auteur présente à la Société un homme de 47 ans, entré à l'hôpital pour un petit abcès fistulé siégeant extérieurement à l'angle gauche du maxillaire inférieur. Le malade est emballeur de porcelaine. Rien à signaler dans ses antécédents soit personnels, soit héréditaires. Au mois de juin, il eut un petit bouton dans la région occupée par son abcès. Ce bouton suppura et donnait toujours à la pression un peu de pus : tout autour, la région était rouge

et enflammée. Il vint à l'hôpital où le Dr Verdelet, après avoir fait une courte incision, curetta la poche de l'abcès. Les premiers coups de curette ramenèrent avec un peu de pus deux épillets d'avoine qui, sans doute, entretenaient la suppuration. Les suites furent excellentes, et le malade quitta l'hôpital complètement guéri.

R. Blondel.

Les tumeurs inflammatoires pseudo-néoplasiques de l'abdomen (*Clin. chir. de l'Hôpital Saint-Antoine*, par M. Lejars, 1906.) — M. Lejars revient sur cette intéressante question des tumeurs inflammatoires *dures* de l'abdomen qui en imposent pour du cancer, et qu'il avait mises à l'ordre du jour lors de la discussion sur les tumeurs de l'S iliaque. Généralisant son étude, il considère dans une récente clinique les difficultés de diagnostic qui peuvent s'élever quand on rencontre ces indications pseudo-néoplasiques dans la région épigastrique, dans les flancs ou les fosses iliaques, enfin en plein ventre. M. Terrier avait, en 1894, signalé des néoplasmes inflammatoires périgastriques. M. Lejars passe en revue quelques observations probantes, touchant les pseudo-cancers des angles du colon, qui n'étaient autres que des foyers d'inflammation chronique et qui guérirent très simplement. Il insiste ensuite sur des faits d'appendicite chronique chez les gens âgés qui pourraient en imposer pour du cancer. Venant à des considérations d'ordre général, il rappelle que l'origine première de ces lésions est une *lésion viscérale* bénigne le plus souvent. Cette lésion, sorte de port d'entrée, guérit même parfois, laissant après elle la tumeur inflammatoire qui continue à progresser, comme le ferait un néoplasme, auquel elle ressemble tant. En effet, la suppuration au centre n'est pas de règle, ce sont des phlegmons chroniques indurés et comme squirrheux. Mais, en les observant de près, on remarque que la cachexie des sujets n'est pas (sauf exception) en rapport avec l'augmentation de volume trop rapide de la tumeur. En se reportant à un début brusque, fébrile, qu'on devra rechercher avec soin chez les sujets qui sont à l'âge du cancer, en rapprochant les nuances cliniques ci-dessus indiquées, on arrivera le plus souvent, sinon toujours, à reconnaître qu'il s'agit de pseudo-cancer et non de tumeur maligne.

Quelle est la marche habituelle de ces tumeurs ? La *résolution* complète survient à la longue, sans doute, sous l'influence d'un traitement approprié. Mais, aussi bien dans le cas de doute, que pour pouvoir faire une intervention utile, en présence d'un état général inquiétant, il faudra faire une laparotomie. Même le faisant, on ne sera pas toujours édifié sur la nature de la tumeur. On tombe fréquemment sur un tissu dur, dans lequel le bistouri pénètre. Il est bon d'en prélever un fragment pour l'examen. Dans les recherches auxquelles on aura à se livrer, les plus grandes précautions lui paraissent nécessitées par l'incertitude dans laquelle on se trouve des connexions du foyer. Sans quoi, on s'expose, en se servant inconsidérément du *doigt pour décoller*, à perforer l'intestin et les autres viscères creux confondus dans une même masse. Ouvrir à petits coups un foyer, exciser ou décoller les principales adhérences qui déforment les viscères et drainer au besoin, s'il y a lieu, doit être la seule conduite du chirurgien. Et l'on assiste par la suite à un retour progressif du malade à la santé et à la résorption du pseudo-néoplasme.

En résumé, l'auteur, avec autant d'à-propos que de sens clinique, a jugé bon de réunir en une classe dénommée *tumeurs pseudo-inflammatoires* tous les phlegmons à évolution spéciale qui évoluent dans l'abdomen, signalés maintes fois par les opérateurs dans chaque région en particulier : ils possèdent certains traits communs que M. Lejars a bien mis en lumière et pourront être plus facilement reconnus par le chirurgien averti, dans les cas de diagnostic complexe.

A. Benoit.

Kystes hydatiques ouverts dans les voies biliaires (*Soc. de chir.*, 5 et 12 déc. 1906). — M. Quénu rapporte une obervation de M. Duval relative à un cas de kyste hydatique non diagnostiqué ouvert dans les voies biliaires. En présence des signes d'angiocholite aiguë, on fit d'abord une hépatico-cholédochotomie, avec simple drainage des voies biliaires, comme d'habitude. L'amélioration suivit bien, mais la bile cessa bientôt de couler, en même temps que de la fièvre s'établissait. En aspirant brusquement le liquide du drain avec une seringue de Guyon, l'auteur attira au dehors une membrane hydatique qui bouchait les voies et la guérison s'ensuivit.

Tout ne se passe pas aussi simplement : M. Quénu, ayant pu reconnaître chez un

malade de M. Chauffard, que les signes d'angiocholite étaient sous la dépendance de la rupture d'un kyste de cette nature, opéra et put vérifier son diagnostic par une ouverture large du kyste. Le patient succomba le jour même et l'on trouva une double perforation du canal hépatique. Recherchant les cas semblables, il réunit 8 observations avec 5 guérisons et 3 morts.

Un cas cité par M. Bazy dans la séance suivante prouve toutefois que la rupture n'est pas fatalement grave. Ce chirurgien fut amené à opérer à deux reprises un homme qui continuait à avoir des accès de fièvre, malgré le drainage large des voies biliaires. Or il trouva un kyste hydatique ouvert dans le canal hépatique. Il draina après avoir fait la cholécystectomie et le malade guérit définitivement.

A. Benoit.

L'étendue en hauteur de l'anesthésie spinale, par Dœnitz (*Munch. med. Woch.*, 27 nov. 1906). — Etant donnée une bonne technique de la ponction, il est un certain nombre de facteurs qui ont une influence sur la hauteur de l'anesthésie. Ce sont le changement de position, les conditions de la pression sanguine intra-crânienne et la quantité du dissolvant pour l'anesthésique. De fortes doses d'anesthésique donnent naturellement des anesthésies élevées de même que la quantité absolue du liquide injecté a une influence.

La position du malade après l'injection est de la plus grande influence. Après une injection en position assise, puis couchée du malade, l'anesthésie ne monte presque jamais au-dessus de l'arcade de Fallope : le plus souvent, d'ailleurs, elle est insuffisante pour cette région. Si l'on fait prendre la position de Trendelenburg après l'injection on peut toujours pratiquer des herniotomies. A partir de la région ombilicale, l'anesthésie est déjà très incertaine. Colombani n'a même jamais observé dans ces conditions l'anesthésie au-dessus de la ligne ombilicale. Ces données ne représentent naturellement que des valeurs moyennes, avec une dose de 0,04 de stovaïne, dissoute dans un centimètre cube d'eau.

La réplétion des veines, comme cela arrive dans certaines affections cardiaques et même chez certains sujets normaux, empêche l'extension de l'anesthésie en hauteur, par suite de la turgescence des veines intra-crâniennes. Dans ces conditions, malgré l'élévation du bassin, l'anesthésie dépasse à peine l'arcade de Fallope. Inversement l'anesthésie remonte brusquement en hauteur lorsque le sujet est pris d'une tendance syncopale, parce que le système veineux endocrânien est plus ou moins vide et que le liquide anesthésique injecté remonte facilement dans la cavité rachidienne. Enfin la respiration ou plutôt de fortes inspirations facilitent l'extension de l'anesthésie en hauteur.

L'anesthésie dans ces conditions détermine un arrêt moteur de la respiration, ce qui a obligé l'auteur à recourir à la tropacocaïne qui a moins d'influence sur le système moteur. On observe aussi de la lassitude, de la somnolence, des baillements, mais jamais l'auteur n'a observé de vomissements. Il semble que les personnes âgées supportent mieux l'analgésie spinale que les jeunes gens. Chez les premières, les phénomènes secondaires sont plus faibles, l'anesthésie plus intense et plus persistante.

L. Jumon.

Maladies de l'estomac et des voies digestives

Dr Chassevant

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Traitement de l'anorexie, par M. Nigay, *Journal de Médecine de Paris*, N° 49 (2 décembre 1906), p. 523. — L'anorexie, en clinique, peut exister à l'état de symptôme isolé ; souvent aussi elle est liée à des états morbides variés.

Lorsque l'anorexie est essentielle, c'est-à-dire qu'elle n'est accompagnée d'aucun autre trouble pathologique, il faut, pour la combattre, stimuler l'état général du patient. On prescrira le grand air, en particulier le séjour à la montagne ou à la mer, les douches, le massage, les exercices physiques.

Si les moyens hygiéniques ne suffisent pas à ramener l'appétit, on leur adjoindra des médicaments. Les plus usités sont les amers, comme les macérations de gentiane, de quassia, etc.

On peut également prescrire quelques gouttes de teinture de noix vomique de Beaumé, d'ipéca, de condurango, ou bien encore on ordonnera, un quart d'heure ou une demie heure avant les repas, un verre à madère d'une macération amère à laquelle on aura ajouté une cuillerée à café de la solution :

Sulfate de strychnine .... 0 gr. 05
Eau distillée ..... 150 gr.

Les vins amers seraient, d'après M. Nigay, de bonnes préparations, parce que l'alcool en petite quantité est un bon stimulant stomacal, et que son action s'ajoute à celle de l'amer. La bière agirait de la mêmes manière.

L'auteur conseille également l'emploi de l'acide chlorhydrique, de l'orexine basique (25 centigr.), du tannate d'orexine (40 centigr.), du vanadate de soude (2 à 5 milligr.), du persulfate de soude.

Il recommande aussi, à cause de ses propriétés apéritives, antiseptiques, et de sa non toxicité, le zymphène, dérivé de l'acide cinnamique, et employé par M. Fiquet à la dose de 0 gr. 50.

Si l'anoxerie est symptomatique d'une affection chronique, il faut avant tout traiter cette affection. Enfin l'auteur rappelle que certains malades, tels que les neurasthéniques et les hystériques, ne retrouvent leur appétit que lorsqu'ils ont été pendant un certain temps gavés à la sonde et alimentés de force.

Dr Pierre SÉE.

Le menthol dans les gastropathies, par M. Louis AMBLARD, *Journal des praticiens*, N° 48 (1er déc. 06), p. 780. — M. Louis Amblard a expérimenté pendant trois ans, dans le service de M. Huchard, l'action du menthol dans les gastrites. Ce produit est extrait de la menthe du Japon, et il exerce une action anesthésique sur la muqueuse gastrique (Rosenberg).

On emploie quelquefois la cocaïne pour calmer les douleurs de l'estomac, mais M. L. Amblard estime que ce produit doit être abandonné en raison de sa toxicité, et qu'on doit lui préférer le menthol dont l'emploi est facile et inoffensif.

Les effets que produit le menthol peuvent s'expliquer de trois manières :

1° Le médicament, par son action anesthésique, calme les douleurs et les vomissements.

2° Il modifie, grâce à son pouvoir antiseptique, le milieu stomacal.

3° Il détermine, dans la muqueuse, une congestion qui serait de nature à modifier les phénomènes douloureux et les vomissements.

L'auteur recommande l'emploi du menthol :

1° Dans les états dyspeptiques qui ne paraissent pas liés à une lésion organique de l'estomac, mais sont dus à des troubles de l'innervation et de la secrétion. C'est ainsi qu'on obtient de bons effets du menthol dans la dyspepsie de la chlorose, celle de la tuberculose pulmonaire, dans les troubles gastriques de la neurasthénie, dans les crises gastriques du tabes et les vomissements incoercibles de la grossesse.

2° Dans les affections stomacales (ulcère et cancer), l'emploi du menthol donne de bons résultats. Le médicament ne détermine jamais d'hémorragies.

La suppression du menthol a parfois pour conséquence le retour des douleurs et des vomissements. Il suffit alors de reprendre le médicament pour les voir disparaître.

M. L. Amblard emploie des doses fractionnées jusqu'à concurrence de 0,10 à 0,20 centigrammes par jour. Il recommande de tâter la susceptibilité du malade, et il conseille l'emploi de la formule suivante :

Menthol ..... 0 gr. 02
Sucre de lait ..... 0 gr. 50

Pour 1 cachet. On fera suivre l'absorption d'un demi-verre d'eau.

Si le résultat désiré n'est pas atteint, on prescrira la formule suivante:

Menthol ..... 0 gr. 05
Sucre de lait ..... 0 gr. 50

Pour un cachet.

Dr Pierre SÉE.

Sur l'usage et l'abus du tube stomacal, par G. HERSCHELL (*Treatment*, nov. 1906). — Dans la pratique actuelle, on peut diviser les cas dans lesquels on a recours au tube stomacal en deux catégories suivant que le tube stomacal est indiqué ou ne l'est pas. Les cas qui n'exigent pas ce procédé sont : les troubles digestifs temporaires dus à des fautes de régime, la neurasthénie gastrique ou les troubles nerveux gastriques accompagnés de douleur intense, l'atonie de l'estomac sans stase alimentaire, tous les cas dans lesquels l'emploi du tube peut être préjudiciable au malade, grossesse, anévrysme, tuberculose pulmonaire, affection rénale avancée, artério-sclérose avec hémorragies antérieures, cancer gastrique, hématémèses récentes.

Les cas dans lesquels les méthodes intragastriques sont nécessaires sont : cas à évolution prolongée, rebelles au traitement, ceux qui sont accompagnés de douleur vive, d'amaigrissement, de cachexie, cas avec

rétention alimentaire, tous les troubles stomacaux de quelque durée, rebelles au traitement, survenant plutôt soudainement chez une personne d'âge moyen, antérieurement bien portante. On peut employer le tube stomacal dans un but thérapeutique, d'abord pour pratiquer un lavage d'estomac dans les cas suivants : pour enlever les matières muqueuses dans la gastrique chronique, les matières irritantes dans les troubles aigus et les intoxications, pour extraire l'excès de suc gastrique dans les cas d'hypersécrétion, les résidus alimentaires dans l'insuffisance motrice. En second lieu on l'emploiera pour appliquer des solutions médicamenteuses dans l'estomac : les alcalins dans l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion, l'acide chlorhydrique pour relever la sécrétion gastrique dans l'hypochlorhydrie et l'hypochylie, des antiseptiques en cas de fermentation anormale, les astringents dans la gastrique chronique, les sédatifs pour combattre la douleur excessive en l'hyperesthésie.

En troisième lieu, le tube servira à introduire des aliments dans l'estomac, quand le malade refuse toute nourriture, quand il existe quelque obstacle à la déglutition, et dans certains cas d'hyperchlorhydrie et d'hyperchylie où il y a lieu d'introduire des aliments dans l'estomac sans exciter les nerfs du goût.

Dans les cas d'insuffisance motrice où l'estomac ne se vide pas de lui-même pendant la nuit, le lavage est toujours indiqué. Si les fermentations sont légères il suffira de faire un lavage avant le déjeuner. Dès que les fermentations intenses ont cessé, deux ou trois lavages par semaine suffiront pour entretenir le bon état de l'estomac. Si les fermentations sont intenses, l'auteur conseille de faire prendre au malade un petit repas matinal qui normalement passe dans le duodénum au bout de trois heures, puis on fait un lavage stomacal à onze heures. Il est probable que les fermentations disparaîtront en quelques jours, et qu'on pourra revenir au lavage du matin. Dans les cas compliqués d'hypersécrétion, il faut supprimer autant que possible de l'estomac tout résidu alimentaire existant, il convient alors de faire deux lavages par jour, l'un avant le repas du matin, l'autre avant le déjeuner.

Enfin on doit dans certains cas mettre le malade en garde contre l'abus des lavages, qu'il continue souvent bien au delà du temps où ils sont indiqués. Mais en principe on ne devrait jamais permettre au malade de faire ces lavages.

L. JUMON.

Vomissements acétonémiques. Parenté avec l'entérocolite, par M. AUSSET (*Soc. de Pédiatrie*, 29 nov. 1906). — M. Ausset étudie, dans cette communication, la pathogénie des vomissements cycliques. Ses observations ont porté sur 174 enfants atteints d'entérocolite. Il pense que ces vomissements sont dus à une intoxication intestinale, et il base son opinion sur le fait que les crises de vomissements succèdent, comme celles de colite, à une période pendant laquelle les malades présentent les signes suivants : sommeil agité, cris, constipation, langue saburrale, subictère, et parfois des érythèmes. Pendant les crises de vomissements, de même qu'au cours de celles d'entérocolite, les urines contiennent de l'acétone, décelable par la réaction de Lieben.

L'auteur en conclut que l'entérocolite et les vomissements sont produits par la constipation et l'intoxication stercorale, qui n'agissent, du reste, que comme cause adjuvante : il faudrait, en effet, faire la part de l'influence familiale, déjà signalée par M. Marfan, ainsi que du terrain neuroarthritique. Si donc l'intoxication augmente brusquement, ou si l'organisme faiblit, la résistance hépatique diminue et la crise se produit.

Il en résulte que le traitement rationnel devra avoir pour base la désinfection intestinale. Aussi M. Ausset conseille-t-il l'emploi des laxatifs et des lavages intestinaux. Cette thérapeutique lui aurait donné plusieurs cas de guérison.

Dr PIERRE SÉE.

Entérocolite et entéronévrose mucomembraneuses, par M. LEBEAUPIN. (*Journal de Médecine*, 25 nov. 06. p. 853.) — D'après M. Lebeaupin, on a le tort de confondre sous le nom d'entérocolite toutes les affections caractérisées par le rejet de fausses membranes.

Ainsi s'expliqueraient certains insuccès thérapeutiques.

Il y aurait lieu notamment de différencier l'entérocolite et l'entéronévrose mucomembraneuses. Chacune, en effet, possède ses indications thérapeutiques propres. La névrose intestinale existerait, pense l'auteur, au même titre que la névrose gastrique.

Le traitement de l'entérocolite compren-

drait, pour M. Lebeaupin, les indications suivantes :

Dilatation du sphincter anal (préconisé par le Dr Roussel, de Saint-Etienne).

Bleu de méthylène à l'intérieur (solution à 1 0/0 ou pilules de 0,01 centigramme).

Hydrothérapie.

Electricité (recommandée par le Profes. Doumer, de Lille).

Strychnine, arsenic (sous formes de cacodylates) contre l'asthénie.

Massage (dans les formes atoniques seulement).

Repos, psychothérapie.

Dr Pierre Sée.

Traitement de la dysentrie chronique par l'ipéca et les lavements iodoformés, par M. H. Meyer. (*Communication faite à la Société libre de Médecine de Dresde.* D'après le *Bulletin Médical*, N° 95, 5 décembre 1896, p. 1088. — M. H. Meyer cite les observations de trois malades atteints de dysenterie chronique, et qui furent guéris par l'ipéca à haute dose et par des lavements iodoformés. Ces malades avaient essayé, en vain, des traitements variés.

L'auteur s'assura de la présence, dans les selles, de l'*Entamœba histolytica Schaudinnii*, et prescrivit de prendre tous les jours 1 gr. 50 d'ipéca, et un lavement iodoformé de 250 grammes suivant la formule :

Iodoforme	5 gr.
Eau distillée	1.000 gr.

Le lavement était additionné de quelques gouttes de laudanum, et administré, sous forte pression, au malade en position génupectorale. Le patient était ensuite massé, pour mettre le lavement en contact avec les diverses parties du gros intestin ; il prenait enfin deux lavements d'eau ordinaire pour le débarrasser de l'iodoforme, et éviter une intoxication possible.

Ce traitement, d'après M. H. Meyer, amène le plus souvent la guérison, qu'on peut, du reste, constater par l'examen des fèces. Il est cependant des cas où il échoue : c'est lorsque les amibes se trouvent en grande quantité dans le cœcum et l'appendice. L'auteur recommande alors l'intervention chirurgicale : elle consiste à enlever l'appendice, et à pratiquer, au niveau du cœcum, un anus contre nature, qui permettra de laver tout le gros intestin.

Dr Pierre Sée.

Hygiène des intestins, par E. Metchnikoff. *Revue générale des Sciences* n° 20, 30 oct. 06 p. 899. — Dans les maladies infectieuses, il existe, on le sait, un leucocytose abondante. On remarque le même phénomène pendant la digestion de sorte qu'on peut se demander si cet acte physiologique n'est pas une sorte d'infection. Cette hypothèse est justifiée par ce fait qu'après les repas, un certain nombre de microbes traversent la paroi intestinale et pénètrent dans la circulation. Ces microbes, comme l'ont démontré un grand nombre d'expériences, passent à travers la paroi intestinale intacte, et vont se loger dans les ganglions lymphatiques voisins, ou bien dans les poumons, la rate, le foie. M. v. Behring croit que la tuberculose de l'homme est due à l'ingestion, pendant l'enfance, de bacilles de Koch. Cette opinion a été corroborée par les recherches de MM. Calmette et Guérin.

Ces données démontrent que le tube digestif réclame de nombreux soins hygiéniques. Les vers intestinaux, en particulier, constituent, pour l'organisme qu'ils parasitent, un danger perpétuel. Par les piqûres qu'ils produisent, ils peuvent engendrer des maladies en inoculant, dans la paroi de l'intestin, des microbes que cet organe renferme dans sa cavité. Ce fait a été démontré pour l'appendicite (Metchnikoff) et pour la fièvre typhoïde (Guiart). C'est ainsi que les appendices enlevés chirurgicalement renferment fréquemment des oxyures. On a observé un cas dans lequel le parasite était entouré d'une zone inflammatoire où l'on distinguait une grande quantité de globules blancs et un certain nombre de bacilles prenant le Gram. C'était donc bien l'oxyure qui en pénétrant dans l'appendice et en blessant la muqueuse avait provoqué l'infection.

Le rôle des oxyures a également été démontré dans la production des abcès stercoraux des régions cœcale et colique.

Les mesures hygiéniques consistent à empêcher la contamination du tube digestif. Dans ce but, les aliments devront être cuits. (Une température de 100 degrés est insuffisante pour les stériliser). On veillera en particulier à l'eau. Il ne sera pas nécessaire de bouillir le lait : on se contentera de le pasteuriser (chauffer à 65-70°). Les légumes à consommer crus devront être échaudés à l'eau bouillante; (le lavage à l'eau bouillie est une mesure illusoire) ; mais il sera préférable de les manger cuits. Les fruits, surtout ceux qui, comme les fraises, poussent sur le sol, sé-

ront cuits. Les aliments animaux seront toujours cuits. Crus, ils sont dangereux : c'est ainsi que les huîtres crues peuvent engendrer la fièvre typhoïde. De même la viande crue peut donner des cestodes. Les œufs crus eux-mêmes sont souvent nocifs car le blanc d'œuf, quoiqu'il soit protégé par la coquille, est toujours contaminé.

Ces précautions ne seraient pas nécessaires si on surveillait de près les conditions hygiéniques dans lesquelles poussent les fruits et si, d'une manière générale, les aliments étaient soumis à un sérieux contrôle.

Il y a, de plus, des rapports évidents entre la présence d'entozoaires et les néoplasies. M. Metchnikoff se demande si ces animaux ne seraient pas capables de favoriser l'entrée des parasites supposés des tumeurs. Aussi, d'après Czerny, l'abstention des aliments crus serait-elle un excellent moyen prophylactique contre le cancer.

Il existe d'autres procédés pour éviter la pénétration des germes nocifs, celui notamment qui consiste à modifier la flore intestinale en acclimatant dans le tube digestif des microbes utiles, et en particulier les bactéries lactiques.

Les ferments lactiques bien sélectionnés et consommés, soit avec du lait, soit sous forme de culture, seraient, pour M. Metchnikoff, une excellente médication contre les troubles digestifs de tous les âges.

Dr Pierre Sée.

Appareil pulmonaire
Cœur et vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-Chef à la Faculté de Médecine

Traitement de la pneumonie, par A. Robin (*Bull. gén. de thérapeutique*, 8 décembre 1906). — L'auteur estime qu'il n'existe pas de véritable traitement rationnel de la pneumonie : il a cherché à élucider ce problème en se basant sur les phénomènes observés au moment de la défervescence. Il se produit alors une décharge d'urée et d'acide urique considérable qui, en se montrant avant la chute de la température, est d'un pronostic favorable. Les diastases hydratantes et oxydoréductrices, les sérums et les ferments métalliques favorisant l'aptitude naturelle de l'organisme à se guérir, c'est donc à ces produits qu'il faut s'adresser. Parmi eux, ce sont les ferments métalliques qui offrent le plus d'avantage. Leur injection augmente l'élimination de l'urée, de l'acide urique, et l'effet maximum se manifeste 24 à 72 heures après l'injection. L'action sur la lésion pneumonique elle-même est nulle : ces ferments ne sont donc qu'un des éléments du traitement ; on leur adjoindra au besoin des adjuvants qui sont : la saignée suivant les cas, le calomel à doses fractionnées, administré une seule fois, l'alcool à doses modérées, le bichlorhydrate de quinine à petites doses qu'on associe au pyramidon à partir du quatrième jour de la maladie ; enfin, le vésicatoire à partir du cinquième jour.

Les ferments métalliques déterminent assez régulièrement des abaissements de la température, une réaction urinaire spéciale et une légère élévation de la tension artérielle.

Sur 53 cas traités par la méthode précédente, dont 26 cas très graves, la mortalité n'a été que de six cas, soit 11,32 0/0. Dans 63 0/0 des cas, la défervescence se produit avant le huitième jour.

Le traitement semble moins actif dans les cas de broncho-pneumonie secondaire grave. Treize cas, tous très graves, ont donné 6 décès, soit 46 0/0 de mortalité.

Les ferments métalliques s'emploient en injections hypodermiques profondes, à la dose de 10 cc., ou en injections intra-veineuses de 5 cc., dans les cas très graves. La nature du métal *paraît* indifférente. Les injections doivent être commencées dès le quatrième jour et continuées tous les deux jours, environ.

E. Vogt.

Traitement de la dilatation des bronches, par Arnold Chaplin (*The Practitionner*, déc. 1906). — Pour comprendre les règles du traitement, il faut connaître les dangers auxquels un malade atteint de bronchectasie est exposé. Tôt ou tard il survient des symptômes d'amaigrissement et de la fièvre hectique. A un moment donné l'expectoration devient fétide. Le médecin doit surveiller le malade à ce point de vue car la fétidité de l'expectoration peut indiquer que l'existence est en danger et ne tarde pas à s'accompagner de symptômes graves. Le malade peut succomber dans un état typhoïde ou à la suite d'une hémoptysie, d'un abcès du cerveau.

On s'efforce de vider les cavités, en employant trois méthodes: la ponction, le traitement médicamenteux, le traitement opératoire. Pour vider mécaniquement les bronches, le patient étant couché, on soulève le pied du lit et on enlève les oreillers. On peut aussi faire pratiquer les exercices respiratoires. Le traitement médicamenteux consiste à donner des vomitifs et des expectorants, mais leur action est limitée. On a plusieurs fois essayé d'intervenir par des opérations, mais les résultats ont été faibles et les risques considérables. Aujourd'hui qu'on sait que les dilatations sont multiples, on fait peu d'opérations. On réussit rarement ainsi à supprimer la fétidité et on peut infecter la cavité pleurale, ouvrir un vaisseau. La forme chronique ne doit jamais être opérée, on peut intervenir par contre dans les cas aigus, dont les conditions pathologiques sont un peu différentes, on suivra d'ailleurs les indications fournies par l'examen physique.

Plusieurs méthodes ont été imaginées pour aseptiser le contenu des cavités bronchectasiques. Poore a recommandé l'usage de l'ail. Les inhalations de thymol, d'eucalyptus, et d'autres essences ont été prescrites, mais sans bénéfice durable. Les injections intra-trachéales préconisées par Grainger Stewart ont été employés avec de bons résultats, leur application exige cependant une main exercée et la fétidité ne peut disparaître que si les dilatations les plus basses sont atteintes par le liquide.

L'auteur a obtenu d'excellents résultats des inhalations de vapeurs créosotées, à condition de soumettre pendant un certain temps les malades à ce traitement, durant une demi-heure à une heure par jour pendant une ou deux semaines. La pièce où se font ces inhalations doit être petite et bien fermée. Au milieu de la pièce on place une coupe montée sur un trépied et au dessous une lampe à alcool. On verse alors dans la coupe 150 à 200 gr. de créosote commune. On chauffe alors de manière à remplir la pièce de vapeurs épaisses. Les yeux du patient doivent être protégés par une paire de lunettes dont les verres sont fixés dans leur pourtour sur la peau à l'aide de sparadrap, enfin le malade se bouche les narines avec du coton. Sous l'influence du retraitement la fétidité de l'expectoration diminue, l'appétit augmente, l'amaigrissement s'arrête et la température tombe. L'auteur regarde les inhalations comme le meilleur moyen de prévenir cette fétidité qui est un signe dangereux et il l'applique à la plupart des malades atteints de dilatation des bronches.

L. JUMON.

L'acocanthera Schimperi comme remède cardiaque, par LEWIN ET STADELMANN (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 10 décembre 1906). — Lewin a extrait de cette apocynée de l'Afrique orientale une ouabaïne amorphe, qui représenterait, si on la compare à l'ouabaïne cristallisée d'Arnaud, le glycoside tel qu'il se trouve dans la plante : il y aurait entre ces deux corps la même relation qu'entre la digalène amorphe de Cloetta et la digitaline cristallisée. En tous cas, le produit amorphe est différent de la strophantine ; il est plus actif, ainsi que l'ont démontré des expériences sur les animaux.

Stadelmann a essayé sur des malades la décoction du bois d'acocanthera : il a reconnu que la meilleure prescription est la suivante :

Infusion d'acocanthera. 1 gr. à 1,5 : 160 gr.
Sirop simple (ou de framboise) 30 gr.
Eau distillée de menthe..... 10 gr.
6 à 8 cuillerées à soupe par jour.

Le goût amer du décocté est masqué par les adjuvants : la potion est bien acceptée, mais, dans quelques cas rares, elle provoqua, comme l'infusion de digitale, des nausées et dut être supprimée.

Les cas suivants ont été traités par l'infusion : 4 néphrites, 2 cirrhoses du foie, 4 artériosclérose, 5 insuffisances aortiques, 7 lésions mitrales, 1 myocardite, 5 lésions valvulaires avec complications.

Les résultats furent nuls dans la cirrhose : dans tous les autres cas, on enregistra une action thérapeutique.

Le *pouls* n'est pas influencé dans l'insuffisance aortique : dans l'insuffisance mitrale, il devient souvent plus régulier et plus lent : l'effet sur la pression est variable. En résumé, la réaction individuelle n'est pour ainsi dire jamais la même, sous ce rapport; on observe avec la digitale des variations analogues.

La *sécrétion urinaire* donne lieu aux mêmes remarques : elle sera nulle si après 4 flacons elle ne s'est pas encore manifestée.

L'*état général* s'améliore avec l'augmentation de la sécrétion urinaire, il est indépendant de l'état du pouls, et cet effet peut être obtenu chez des malades réfractaires à la digitale, et vice-versa.

Le bois d'acocanthera ne perdpas ses pro-

priétés avec le temps, car l'auteur s'est servi d'échantillons récoltés depuis 2 ans.

L'*ouabaïne amorphe* est facilement soluble dans l'eau, extrêmement amère : l'auteur l'a essayée en injections sous-cutanées à la dose de 0,0003 gr. par centimètre cube. L'injection est presqu'indolore et peut être répétée 3 fois par jour : elle est moins douloureuse encore que l'injection de digalène, et très active. L'auteur continue ses essais, qui feront bientôt l'objet d'une communication.

E. Vogt.

Traitement de l'asthénie du myocarde par les courants électriques, par Fillios (*Deutsche med. Wochenschrift* 11 *octobre* 1906). — L'auteur fait remarquer que les courants alternatifs, que l'on utilise en général aujourd'hui pour combattre la faiblesse cardiaque, ne sont pas bien supportés par tous les malades : le courant faradique est alors indiqué et on fera bien aussi de s'adresser à lui au cours d'un traitement par les courants alternatifs, de suite après emploi de ces derniers.

En général, l'intervention est trop énergique : les séances sont trop longues et les applications trop intensives : il est vrai que les malades eux-mêmes sont le plus souvent la cause de cette exagération, car ils s'imaginent que l'électricité agira d'autant mieux que le courant sera plus intense.

L'auteur s'est mis à l'abri de ces exigences et a adopté des appareils donnant un courant extrêmement faible : seule, la durée de la séance varie, à l'inverse en ce qui se fait d'ordinaire. La durée de ces séances ne dépasse d'ailleurs jamais 5 minutes : la moyenne est 2 minutes. Cette manière de procéder a permis de reconnaître que l'action du courant électrique sur le myocarde est extrêmement énergique et salutaire.

Les malades se reposent pendant une demi-heure après chaque séance.

Le massage vibratoire de la région cardiaque est utilisé, comme complément du traitement électrique, dès que le myocarde a repris un peu de vigueur.

Le grand avantage de ce traitement est d'être indépendant de toute considération de climat et de saison.

E. Vogt.

Le traitement des cardiopathies chroniques par l'air et la lumière, par Max Herz (*Munch. Med. W.*, 23 oct. 1906). — Ce traitement a surtout pour but d'endurcir les malades aux influences atmosphériques. C'est une erreur de croire, d'après l'auteur, que l'endurcissement est une question d'accoutumance aux contrastes thermiques et qu'il n'y a rien de meilleur que l'eau froide pour y arriver. On ne peut s'accoutumer aux influences atmosphériques qu'en faisant agir l'air et la lumière. L'auteur préconise dans ce but le bain de lumière et des courants d'air artificiels, d'après le principe établi par Rubner. Dans les premières applications chez les cardiaques on se contente de faire agir pendant un certain temps des bains d'air à une température indifférente de 34° pendant dix à vingt minutes. On doit d'ailleurs procéder avec précaution lorsqu'on se trouve en présence d'une lésion cardiaque d'origine rhumatismale. On associe alors avec avantage les basses températures avec les radiations lumineuses. Les effets de ce dernier procédé se rapprochent beaucoup de ceux du bain carbogazeux. Les malades supportent les excitations froides sans sensation de frisson et même avec une sensation de bien-être. Sous l'influence du bain d'air et de lumière l'activité respiratoire augmente d'une façon considérable et il est probable que les effets du traitement d'Œrtel chez les cardiaques sont en grande partie dus au séjour au grand air et à la lumière. Dans les bains, la gradation s'obtient en élevant peu à peu la différence entre la température des radiations et la température à l'ombre et en même temps en augmentant l'intensité du courant d'air. L'action de ces bains est alors très excitante et rafraîchissante. Ensuite les malades se reposent pendant une heure.

On emploie souvent encore chez les cardiaques les procédés diaphorétiques, soit pour abaisser la pression sanguine, soit pour combattre les œdèmes. On obtient l'action thermique sans produire des transpirations pénibles en se servant d'une forte radiation associée à une courant d'air de 30 à 34°. Si l'on veut produire de plus fortes déshydratations il faut se servir d'un fort courant d'air chaud. Il y a là un moyen énergique de soustraire à l'organisme de l'eau sous forme de vapeur, et l'on peut toujours procéder de telle sorte que le malade ne soit pas couvert de sueur.

E. Jenson.

L'électrothérapie dans les troubles de la circulation, par Hornung (*Munch. med. Woch*, 11 déc. 1906). — L'auteur a employé

les bains électriques, courants faradiques et sinusoïdaux, dans un très grand nombre de cas d'affection cardiaque à la période de rupture de la compensation. Sous leur influence la pression sanguine se relève et le cœur diminue de volume. Ce résultat est obtenu surtout par une action sur les vasomoteurs qui règlent le tonus vasculaire et modifient ainsi la pression vasculaire. L'action se produit directement sur les vasomoteurs et non pas seulement par une action réflexe sur les nerfs de la peau. Les bains de courants altrnatifs déterminent une excitation telle que les vaisseaux ne se dilatent ni au début ni plus tard. Le rétablissement du tonus vasculaire normal amène le soulagement du travail du cœur. La résistance périphérique est diminuée, le cœur se vide mieux et peut ainsi diminuer de volume. Le traitement par le courant faradique et sinusoïdal est un traitement qui soulage surtout le cœur, alors que les bains carbogazeux imposent un exercice à cet organe et peuvent être ainsi dangereux dans les cas graves d'insuffisance cardiaque. Dans le traitement électrique il ne se passe rien de pareil et souvent les malades se rétablissent très rapidement. Les cas les mieux appropriés au traitement par les courants faradiques sont les insuffisances myocardiques non compliquées, même graves, consécutives aux maladies infectieuses, aux intoxications, au surmenage, etc., les lésions cardiaques au début de la rupture de la compensation, l'artériosclérose au début, la myocardite chronique, les névroses cardiaques et vasomotrices.

Le courant faradique convient aux malades affaiblis, anémiques, irritables, ainsi qu'à ceux dont la pression artérielle est élevée. Plus tard on peut recourir chez les mêmes malades aux courants sinusoïdaux. Le traitement n'offre aucun inconvénient, si l'on surveille l'état des reins.

L. JUMON.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

La myasthénie bulbo-spinale, par L. INGELRANS (*L'Echo médical du Nord*, 24 nov. 1906). — La maladie dont il s'agit est fort rare jusqu'à présent, cependant les observations publiées ont été plus nombreuses en ces derniers temps, parce que le syndrome est mieux connu. L'affaiblissement progressif qui distingue cette maladie se localise presque constamment d'abord dans les nerfs crâniens émanant du pédoncule cérébral, de la protubérance et du bulbe. Les membres sont pris ensuite. A l'autopsie on ne trouve à peu près rien dans les centres nerveux.

La myasthénie pseudo-paralytique bulbo-spinale ayant pour symptôme dominant un affaiblissement musculaire très analogue à celui qu'on observe dans la maladie d'Addison, on a songé à traiter l'affection par de l'extrait des capsules surrénales. C'est Raymond, qui, en 1901, en a fait ingérer à un malade et a vu son état s'améliorer considérablement durant quelques semaines : le changement était franc et Raymond proposait aussi l'extrait de thymus.

En janvier 1905, le même auteur montrant un sujet guéri depuis quatre ans dit que ce n'est pas à l'ingestion de poudre de thymus et de pilules d'extrait de capsules surrénales prises pendant un temps très cour qu'il faut attribuer cette guérison. Murri donne cent à cent cinquante grammes de glycose par jour. Buzzard a employé la thyroïdine.

Ingelrans pense que l'électricité est dangereuse, quant au massage il ne donne rien. Dans ces conditions, on recherche la cause possible du mal et si on dépiste la syphilis ou l'insuffisance hépatique ou rénale, on appliquera une thérapeutique appropriée.

L. JUMON.

L'hydrothérapie dans le traitement du tabès, par LAQUEUR (*Berliner klin. Wochenschrift*, 29 oct. 06). — L'auteur préconise les demi-bains à 34°, qu'on abaisse peu à peu à 28°, d'une durée de 3 à 5 minutes, accompagnés de frictions légères et d'affusions. On obtient de cette façon une excitation légère du système circulatoire, une amélioration de l'état général, une modification marquée des échanges nutritifs, et de la tonicité musculaire par excitation légère des nerfs centripètes. Les malades marchent bientôt mieux, et, dans les cas où existent des troubles sphinctériens, ceux-ci entrent en régression. Les douleurs fulgurantes et les paresthésies, moins aisément modifiables par l'hydrothérapie, diminuent cependant d'une façon appréciable.

Une règle importante consiste à éviter tout refroidissement : il sera donc parfois bon de faire précéder le bain d'un enveloppement chaud et sec, et de le faire suivre

d'un repos prolongé. Il ne faut jamais essayer d'aguerrir le malade vis-à-vis de températures trop basses.

Les ataxiques affaiblis et anémiques ne supportent pas les demi-bains : on les traitera par les bains d'acide carbonique de 34 à 30°, trois fois par semaine au maximum ; la durée de la cure sera de 6 semaines à 2 mois.

L'auteur compte, avec cette méthode, 69 0/0 d'améliorations, le plus souvent durables. Les récidives concernent spécialement les crises de douleurs fulgurantes. Le taux relativement peu élevé des améliorations tient à ce que tous les patients étaient traités à la policlinique et retournaient chez eux après le bain : il a donc été souvent difficile de les mettre à l'abri du refroidissement.

L'auteur a obtenu, par les mêmes procédés, des résultats analogues dans la sclérose en plaques : les résultats sont plutôt plus durables que dans le tabès.

E. Vogt.

Doit-on donner le traitement spécifique à des tabétiques atteints de manifestations syphilitiques actives, par Devé (*La Rev. med. de Normandie*, 25 nov. 1906). — Diverses manifestations syphilitiques peuvent survenir deux, trois ans après le début du tabès, mais le plus souvent quatorze, quinze, seize ans après les premiers symptômes tabétiques. Dans un cas de l'auteur, les crises douloureuses fulgurantes remontaient à six ou sept ans avant l'apparition d'une gomme. Il est souvent difficile de fixer l'âge de la syphilis auquel sont apparues les manifestations spécifiques. Quelques malades ignoraient d'ailleurs leur syphilis ; dans tous les cas il ne faut pas se laisser influencer par les dénégations des tabétiques au sujet de la syphilis.

Dès qu'on voit survenir ces manifestations spécifiques il faut, même chez un tabétique, instituer le traitement antisyphilitique, bien que certains neuropathologiques, dont le professeur Déjerine, soutiennent que le traitement mercuriel intensif hâte et aggrave souvent la marche du tabes, comme de la paralysie générale. Il ne faut pas oublier qu'on a souvent affaire ici à des sujets d'un certain âge et plus ou moins artério-scléreux. Parfois la manifestation spécifique grave nécessitera un traitement urgent, énergique, mais le plus souvent, il faudra instituer un traitement antisyphilitique modéré, moyen, plus mercuriel que ioduré.

L. Jumon.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles

Dr Courtade

Ancien interne des hôpitaux

Réflexions sur l'évidement petro-mastoïdien, par Mouret (*Revue hebdom. de laryng., d'otol.*, août 1906.) — L'évidement petro-mastoïdien a pour but d'ouvrir largement l'oreille moyenne et ses annexes pour rechercher et enlever soigneusement les tisus malades : fongosités, ostéites, cholestéatomes.

Stacke commence par attaquer le mur de la logette et n'arrive à l'antre, par l'aditus, qu'en dernier lieu ; d'autres opérateurs suivent la voie inverse ; enfin on peut attaquer la région même de l'aditus, en perforant au niveau de la spina supra meatum. Quelle que soit la technique suivie il faut ouvrir largement l'aditus et l'antre de façon que ces régions ne fassent avec la caisse qu'une vaste cavité. Il faut que le curettage porte sur toutes les cellules petro-mastoïdiennes et la cavité attico-antrale, et enlever le plus possible la paroi postérieure du conduit auditif afin de créer une voie de communication de la cavité mastoïdienne avec l'extérieur ; on doit réséquer moins bas, dans le tiers interne du conduit auditif afin de ménager le nerf facial qui le traverse.

La vaste cavité qui résulte de l'évidement ne tarde pas à se couvrir de bourgeons charnus qui comblent la brèche, mais laissent souvent une cavité dans la région qui correspond à l'antre, ce qu'il faut tenter d'empêcher.

L'épidermisation part des bords de la plaie cutanée et gagne de proche en proche la profondeur de la cavité.

On peut surveiller la plaie soit par la brèche du conduit auditif soit par la plaie mastoïdienne maintenue béante. Moure suture, après l'opération, la plaie mastoïdienne et fait les pansements par le conduit auditif ; la durée totale du traitement est abrégée et la guérison survient au bout de 2 à 3 mois et quelquefois même en 6 semaines.

Pour surveiller par le méat la cavité mastoïdienne évidée, le conduit auditif membraneux était une gêne ; aussi, dut-on in-

tervenir pour parer à cet inconvénient. Zaufal supprimait la portion cutanée du conduit auditif ; les partisans de ce procédé soutiennent que la cutanisation de la cavité de l'évidement est aussi rapide que quand on laisse des lambeaux ; avec de nombreux auteurs, M. Mouret préfère inciser longitudinalement le conduit afin de l'étaler sur les parties osseuses voisines ; la réparation est plus rapide et on évite le rétrécissement par rétraction.

Pour que les lambeaux taillés aux dépens du conduit auditif membraneux soient utilisables, il faut : 1° que le conduit ne soit pas maltraité au cours de l'opération ; 2° que les lambeaux soient taillés d'une façon rationnelle ; 3° que la surface osseuse sur laquelle on doit les appliquer soit régulière.

Les divers procédés de plastique du conduit membraneux sont ceux de Stacke, de Kôrner, de Panse et de Siebenmann.

Dans le premier procédé, lorsque l'évidement est terminé, on décolle les parois postérieure et supérieure du conduit membraneux, on dilate le conduit avec une pince de Kocher et on l'incise dans toute sa longueur le long de la paroi supérieure ; de l'extrémité externe de cette incision on en fait partir une seconde, verticale qui rend le lambeau libre du pavillon ; on peut, dès lors, le rabattre sur la brèche osseuse.

Dans le procédé de Panse, l'incision longitudinale porte sur la paroi postérieure et vient aboutir au milieu de la deuxième incision, externe ; au lieu d'un grand lambeau unique, il y en a deux ; le lambeau supérieur tend à tomber par son propre poids et s'applique moins bien sur la surface osseuse.

Kôrner pratique deux incisions parallèles sur la paroi postérieure du conduit membraneux et les conduit jusqu'à la conque ; il limite ainsi une longue languette de peau qu'il applique contre la partie postérieure de la cavité mastoïdienne, en la faisant pivoter autour de son pédicule qui correspond à la conque.

Le procédé de Siebenmann a pour but de créer un très grand orifice méatique pour la cure des cholestéatomes.

La paroi postérieure membraneuse du conduit auditif est sectionnée en son milieu puis agit diversement suivant les cas. Si le cholestéatome est petit, l'incision est poussée jusqu'à la conque où elle bifurque ; la branche supérieure monte obliquement jusqu'à l'anthélix ; l'inférieure est descendante mais presque horizontale ; on forme ainsi un lambeau externe triangulaire destiné à être rabattu en arrière contre la paroi postérieure de l'antre mastoïdien. Pour rendre le lambeau plus souple, Siebenmann enlève le cartilage.

Si le cholestéatome est plus volumineux, l'auteur élargit les deux branches divergentes de l'incision dans la conque et supprime totalement peau et cartilage ; il suture directement la peau de l'anthélix à la paroi postérieure de l'antre évidé.

Si le cholestéatome est très étendu en arrière Siebenmann résèque toute la conque et suture le pavillon à la peau mastoïdienne après avoir enlevé un lambeau cutané en forme de croissant, de sorte que le pavillon et le méat sont reportés en arrière.

Luc a employé le procédé de Siebenmann légèrement modifié, quant au lambeau taillé dans la conque ; tandis que ce dernier emprunte son lambeau à la partie supérieure de la conque, Luc l'emprunte à la partie inférieure, ce qui abaisse un peu l'orifice du méat.

M. Mouret trouve au procédé de Luc les avantages suivants : le relief formé par la racine de l'hélix étant conservé, le pavillon paraît moins mutilé ; l'esthétique y gagne, car la cavité se trouve voilée par une sorte de toit latéral ; en l'absence de coton dans l'oreille, le vent, les poussières n'iront pas s'engouffrer directement dans la partie évidée.

Avec un méat auditif ainsi agrandi, il n'est point nécessaire de maintenir ouverte la plaie mastoïdienne pour surveiller la cicatrisation de l'évidement ou la récidive du cholestéatome ; il faut en excepter les cas où l'on a dû cureter la partie la plus postérieure de la mastoïde : on devra alors ménager un orifice de surveillance temporaire qui se fermera toujours en même temps que se cicatriseront les parties évidées sous-jacentes.

A. COURTADE.

Hémorrhagies après de légères opérations sur la gorge, par JOHNSTON de Baltimore (*Revue hebd. de laryng.* 10 *novembre* 06). — L'auteur relate une série d'observation où des hémorragies plus ou moins abondantes ont succédé à des opérations bénignes de la gorge.

Un jeune homme de 17 ans présentait des épistaxis fréquentes qui furent arrêtées par deux cautérisations au nitrate d'argent ; il existait en même temps de

l'hypertrophie des cornets et de l'amygdalite caséeuse. L'amygdale droite fut cautérisée avec le galvano, en trois points, sans qu'il y eût le moindre incident ; cinq jours après, l'amygdale gauche fut cautérisée à son tour, mais dès le lendemain, le malade fut pris d'hémorragie qui dura plusieurs jours. Pendant l'examen, pratiqué 4 jours après cette dernière cautérisation, le malade s'évanouit ; revenu à lui, il vomit d'abondants caillots de sang. On prescrit le chlorure de calcium. Le lendemain l'hémorragie se reproduit très abondante. Une solution d'adrénaline appliquée sur le point saignant se montre inefficace ; on essaie une solution forte de tanin et d'acide gallique, puis la glace ; on essaie de cautériser avec le galvano, sans pouvoir atteindre le point de départ de l'hémorragie qui était la fossette sus-amygdalienne.

Complètement exsangue, l'enfant mourut, cinq jours après le début des accidents ; il était hémophilique, car la circoncision fut suivie d'une hémorragie qui fut difficile à réprimer, et une plaie qu'il se fit à l'oreille, en tombant, saigna jusqu'à la mort.

Après le curettage de végétations adénoïdes, chez une dame de 34 ans, il survint une hémorragie qui fut arrêtée net avec l'adrénaline.

Huit heures après une amygdalotomie double chez un homme de 28 ans, on dut appliquer pendant 20 minutes un tampon imbibé d'adrénaline pour arrêter l'hémorragie.

Chez un homme de 20 ans on pratique l'amygdalotomie double ; cinq jours après, à 8 heures du matin, il survient une hémorragie à droite : le sang provenait d'une petite artériole du pilier postérieur qui fut cautérisée ; cinq jours plus tard nouvelle hémorragie qui dura 3 heures mais qui s'arrêta spontanément pour ne plus reparaître.

On pratique l'amygdalotomie avec la pince et l'amygdalotome chez un homme de 19 ans ; 4 heures après l'intervention il survient une hémorragie à gauche ; l'adrénaline et les astringents ne peuvent la reprimer ; on dut pratiquer la compression pendant 45 minutes avec un tampon d'ouate imbibé d'adrénaline pour arrêter la perte de sang qui provenait du pilier antérieur.

De ces observations, l'auteur conclut que les astringents sont sans effet ; en présence d'une hémorragie il faut comprimer avec le doigt le point qui saigne. Si ce moyen est insuffisant, il faut lier les deux piliers. L'auteur aurait du ajouter qu'il faut employer l'adrénaline, avant de pratiquer la ligature des piliers, puisque cet agent s'est montré efficace dans les cas qu'il a relatés.

A. Courtade.

Valeur pratique des inhalations dans le traitement des affections laryngées et pulmonaires (*Zeitschr. f. aerztl. Fortbildung*, 15 nov. 06). — Le Dr Rosenberg recommande les inhalations de vapeur d'eau ou de décoction de sureau dans la laryngite aiguë : dans les formes chroniques, on se sert de solutions de tannin ou d'alun à 0,5 — 1,5 0/0, additionnées d'essence de menthe ou d'eau de laurier-cerise ; dans le premier cas, on augmente l'expectoration, dans le second, on calme la toux.

Les inhalations sont surtout utiles dans la laryngite sèche avec toux suffocante : on prescrira, dans ce cas, des inhalations d'eau d'Ems, ou de chlorhydrate d'ammoniaque à 2 0/0, de bicarbonate de soude à 2 0/0, etc. On parvient ainsi à provoquer le détachement des croûtes et à permettre un traitement endolaryngé par badigeonnages ou insufflations.

Lorsqu'il s'agit de modifier un état pathologique des bronches ou du poumon, on s'adressera surtout aux substances volatiles (térébenthine, eucalyptol, myrtol, etc.). Dans la bronchite fibrineuse, les inhalations d'eau de chaux à 10 0/0 sont indiquées : dans l'ectasie bronchique, on favorisera l'expectoration par des inhalations de thymol, acide phénique à 2 0/0, créosote, acide salicylique, etc. Grâce à l'emploi de la térébenthine, on peut arriver à faire disparaître l'odeur désagréable de la gangrène pulmonaire.

L'auteur ne croit pas à une grande utilité des inhalations dans la tuberculose pulmonaire : elles ont une valeur purement symptomatique.

E. Vogt.

Ophtalmologie

Dr Darier

Ancien président de la Sté d'Ophtalmologie

De l'énucléation avec anesthésie locale. — Indications et technique, par F. Terrien (*Arch. d'Ophtal.*, février 1906). — M. Terrien après Weiss, Otto Meyer et d'autres

conseille pour l'énucléation d'un œil ou d'un moignon non douloureux, de remplacer l'anesthésie générale par l'anesthésie locale produite par la cocaïne. Il y ajoute une injection hypodermique d'un centigramme de morphine.

L'auteur emploie une solution de 0,10 de cocaïne pour 10 gr. d'eau dont on peut injecter deux centimètres cubes. Il fait d'abord une injection sous-conjonctivale au niveau des muscles droits, et une fois la conjonctive disséquée et le muscle sectionné, c'est-à-dire le globe libéré de ses adhérences, M. Terrien, comme dans le procédé d'Otto-Meyer, introduit une petite aiguille d'Anel, courbe et mousse qui glisse entre la conjonctive et la paroi du globe jusqu'au niveau du pôle postérieur pour injecter un demi-centimètre cube de la solution suivante :

Depuis 1893, dans tous les cas où c'est possible, c'est-à-dire en présence d'un œil pas trop douloureux, l'auteur emploie l'anesthésie locale au lieu du chloroforme.

Il use d'une solution dont chaque centimètre cube renferme un centigramme de cocaïne et deux centigrammes de stovaïne.

Il suffit d'en injecter 1 à 1 1/2 centimètre cube d'abord sur la conjonctive au niveau des muscles puis dans la profondeur au tour du nerf optique. Si avec cela, on a soin de couper les muscles sans crochet, mais en les saisissant avec la pince au niveau de leur insertion, on peut faire une énucléation presque sans douleur.

Comme le fait remarquer M. Terrien, il n'est pas indifférent de se passer du chloroforme par ces temps où, de plus en plus, notre responsabilité opératoire tend à être engagée.

Ainsi on pourrait réserver l'anesthésie générale pour les opérations à faire chez les enfants ou pour les yeux fortement enflammés contre lesquels la cocaïne n'a pas un pouvoir anesthésique suffisant.

A. Darier.

Traitement du Xanthelasma des paupières, (*Société d'ophtalmologie de Paris*, Séance du 10 octobre 1906.)

M. Morax présente un malade atteint de xanthelasma très étendu et très épais des paupières et des différentes parties de la face, y compris le cuir chevelu. M. M..., demande si l'exérèse des points xanthelasmiques, à leur début, aurait prévenu une généralisation aussi étendue.

M. A. Terson a opéré par ablation complète un assez grand nombre de xanthélasmas et, quoique les malades fussent priés de revenir en cas de rechute, il n'a jamais revu de récidives. De Wecker avait fait la même remarque. Cependant il faut reconnaître que cet argument ne prouve pas que l'ablation précoce empêche la formation de nouvelles plaques de xanthome. L'ablation reste le procédé de choix, les autres procédés ne devant être employés à titre palliatif ou curatif que si elle est impraticable.

M. Darier a observé un assez grand nombre de cas de xanthélasmas, mais aucun n'était aussi généralisé que celui présenté par M. Morax. Quant à la question de savoir si l'exérèse précoce prévient la progression du mal, il peut dire que dans tous les cas où il a pratiqué une ablation totale avec les ciseaux des malades ne sont jamais revenus montrer de nouvelles plaques ; chez ceux au contraire où l'opération n'avait pas été complète ou quand il avait employé d'autres procédés (électrolyse, galvanocautère) il a vu des rechutes se produire. Il est donc probable, que de même que pour beaucoup de néoplasmes, une exérèse précoce et bien radicale, a beaucoup de chances de prévenir les rechutes ; mais de grandes réserves s'imposent, car il s'agit souvent de prédispositions individuelles et de terrains toujours prêts à recevoir le germe encore inconnu. Il y a des cas bénins et des cas malins.

M. Valude a vu des cas où l'ablation chirurgicale n'a pas été suivie de récidives alors qu'un cas traité par le galvano-cautère a progressé rapidement.

M. Antonelli n'a jamais vu de rechutes locales après l'exérèse chirurgicale bien pratiquée.

M. Rochon-Duvignaud pense qu'il peut y avoir des cas malins d'emblée comme paraît l'être celui de M. Morax.

A. Darier.

Effets favorables des rayons bleu-violets de l'arc-voltaïque sur les ulcères de la cornée, par V. Franc (*Vratchébnaya Gazeta* 1906, n° 31). — A la clinique ophtalmologique du professeur Beliarminov, de l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, l'auteur a entrepris des essais de traitement d'ulcères de la cornée par les rayons de l'arc voltaïque, qu'on faisait traverser, après les avoir concentré au moyen d'un verre plan-convexe de 10 centimètres

de diamètre et de 8 dioptries, un récipient en verre, à parois parllèles, rempli d'une solution forte de sulfate de cuivre dans l'ammoniaque. De cette façon, les lésions cornéennes ne subissaient que l'influence des rayons bleu-violets de la lumière voltaïque. Neuf cas d'ulcère de la cornée — dont deux s'étaient montrés rebelles aux procédés classiques de traitement — furent traités de la sorte. Dans tous, la guérison survint en quelques séances.

V. DE HOLSTEIN.

L'action de l'eumydrine sur l'œil humain, par le Dr A. BERTOZZI (Florence). (*Annali di Ottalmologia*, Vol. XXXV 1906.)

Suivant Del Monte, l'eumydrine mériterait, en thérapeutique oculaire, la première place parmi les succédanés de l'atropine, qu'elle devrait remplacer dans certains cas chez les enfants ou chez les vieillards, ou en cas d'intolérance pour l'atropine ; elle serait même préférable à l'homatropine pour faciliter l'ophtalmoscopie, pouvant donner à égalité de doses, une mydriase plus large, plus rapide et plus curable, bien que susceptible d'être vite compensée par les myotiques. — Kostin trouve, par contre, l'action de l'eumydrine sur la pupille et l'accommodation beaucoup trop longue.

Les conclusions de Bertozzi, qui a essayé des collyres à 0,25, 0.5, 1,2 et 5 0/0, sur des yeux sains de jeunes sujets, sont les suivantes : l'eumydrine provoque une mydriase assez forte, mais presque toujours capable d'augumenter sous l'action associée de la cocaïne. Le début de la dilation pupillaire, son degré et sa durée sont en rapport direct avec la dose employée, quel que soit le titre du collyre, l'eumydrine provoque constamment une parésie de l'accomodation (plus ou moins intense) qui persiste parfois même un peu plus longtemps que la mydriase. Les myotiques instillés au moment du maximum de la mydriase obtenue par l'eumydrine provoquent une réduction légère et transitoire du diamètre pupillaire, sans influence réelle sur la durée totale de la mydriase et de la parésie accommodative dues à l'eumydrine. La toxicité de cette dernière est bien plus forte que celle de l'atropine (5 fois et demie dans les expériences d'injection hypodermiques, 8 fois dans les expériences d'injection intraveineuse); mais en pratique les instillations conjonctivales ne donnent aucune manifestation d'intolérance.

A. DARIER.

Maladies vénériennes — Maladies de la peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Considérations nouvelles concernant le psoriasis, par UNNA (*Medic. Klinik*, nos 39 et 40, 1906). — L'auteur ne croit pas à la spécificité du psoriasis, qui ne serait qu'un eczéma sec poussé à l'extrême : tous deux sont pour lui des affections parasitaires qu'on ne guérit pas parce qu'on se contente, en général, de traiter les lésions grossières, sans rechercher les points où se dissimule l'agent pathogène.

Le traitement recommandé par l'auteur est le suivant : une fois par jour, un bain chaud, dans lequel on frictionne le malade avec du savon de potasse étendu sur un morceau de flanelle : on nettoie et sèche ensuite la peau, on applique un topique sous forme de pommade et le malade s'habille ensuite de flanelle de la tête aux pieds. Pour le tronc et les membres, on se sert de pommade contenant 5 0/0 d'acide pyrogallique et 5 0/0 d'acide salicylique. Au bout de quelques semaines, il ne reste plus que les lésions tenaces des coudes et avant-bras, des genous et des mollets, qu'il faut recouvrir d'un vernis extoliant :

Acide salicylique.....	10 gr.
Anesthésine.....	
Esprit d'éther nitrique.	ââ 5 gr.
Collodion ad.....	100 gr.
Us. Ent.	

Par-dessus, on applique la pommade à l'acide pyrogallique, dont l'action s'exerce à travers la pellicule de collodion. On renouvelle le collodion tous les jours.

Les récidives seront traitées de suite énergiquement.

Chez la femme, la médication est difficile à appliquer, à cause de la chevelure, que les malades tiennent à conserver longue.

L'auteur estime que le régime n'a aucune importance, et les séjours aux stations sulfureuses et autres n'ont d'utilité que si l'on emploie simultanément les agents curateurs de la dermatose (chrysarobine, acide pyrogallique).

La sudation peut favoriser la desquamation.

Le traitement par les rayons X sera appliqué seulement dans les régions à psoriasis tenace.

L'arsenic, en commençant par une pilule de 0,005 gr. et en augmentant jusqu'à 10 pilules par jour pour redescendre ensuite graduellement, sera réservé aux cas graves, et toujours donné si les ongles sont atteints.

Le naftalan rendra de grands services dans les cas de psoriasis irrité par des traitements intempestifs.

E. VOGT.

La thérapeutique locale dans le traitement du lichen plan, par H. VŒRNER (*Arch. f. Dermatol. u. Syphilis* v. LXXXII, fasc. 3, décembre 1906). — Le fait que, de l'aveu de tous les dermatologistes, le lichen plan est justiciable d'un traitement interne par l'arsenic, n'implique nullement l'inutilité des procédés thérapeutiques locaux dans cette dermatose. Les médications locales ne jouent-elles pas un rôle incontestablement utile, bien que subordonné, dans la syphilis qui, pourtant, exige impérieusement un traitement spécifique interne ? Aussi l'auteur a-t-il, dans certains cas de lichen plan, essayé un traitement local par une pommade arsenicale et un bandage compressif, moyens dont il s'est bien trouvé. Ces essais furent faits dans le service de policlinique médicale de la Faculté de Leipzig, dirigé par le professeur Hoffmann.

Il va de soi qu'un traitement local paraît surtout indiqué dans les cas où, après un traitement arsenical interne, on voit persister le lichen plan dans une région quelconque.

Voici les observations dans lesquelles ce traitement local s'est montré efficace.

Une jeune personne présente à la surface dorsale des mains du lichen plan qu'un traitement arsenical interne a fait disparaître partout ailleurs. Guérison complète, en deux semaines, par les applications d'une mince couche de pommade arsenicale à 0,5 0/0.

Reliquat de lichen plan aux jambes après médication arsenicale interne. Ce malade présentant des varices, l'auteur lui appliqua, au niveau de l'éruption, un bandage compressif, fait avec des bandelettes de diachylon. Guérison rapide.

Mêmes constatations dans plusieurs autres cas.

L'auteur a eu aussi l'occasion de traiter des malades qui, sans avoir encore pris de l'arsenic, étaient atteints de lichen plan localisé exclusivement aux jambes. Dans un de ces cas où le lichen affectait la forme verruqueuse, l'auteur, sans administrer de l'arsenic à l'intérieur, se borna à l'usage d'une pommade arsenicale avec application de bandage compressif, et il fut étonné de voir la dermatose disparaître en trois semaines. Dans un second fait, pareil en tout au précédent, Vœrner se contenta d'appliquer un bandage compressif, sans employer de pommade arsenicale. Le lichen guérit tout aussi bien, seulement un peu moins vite.

V. DE HOLSTEIN.

Mode d'emploi nouveau de l'acide phénique concentré dans le traitement d'affections externes, spécialement en cas de bubons et de furonculose, par WOLFF (*Deutsche med. Wochenschrift*, 8 nov. 06). — L'auteur recommande, en cas de bubons non ouverts, d'appliquer sur la peau de l'acide phénique pur (acide phénique 9 parties, alcool absolu 1 partie) : on renouvelle l'application chaque jour, jusqu'à ce que la peau desquame. A ce moment, on arrête les applications, puis on recommence au bout de quelques jours dans le cas où le bubon ne serait pas entré en régression. En cas de bubon fluctuant, on procède de la même façon et on incise le 4e jour sur une longueur d'environ 2 cm. On continue ensuite les badigeonnages phéniqués tous les 2 ou 3 jours.

En cas de petits furoncles non ramollis, on applique la solution sur le centre de l'inflammation. Si le bubon est ramolli, on fait une petite incision et l'on fait un badigeonnage par jour. Dans l'intervalle, on applique des compresses imbibées de liqueur d'acétate d'alumine additionnée de 4 0/0 d'acide borique.

E. VOGT.

De la radiothérapie des épithéliomas cutanés, par H. KANITZ (*Arch. f. Dermat. u. Syphilis*, v. LXXXII, fasc. 3, décembre 1906). — L'auteur étudie les effets de la radiothérapie des épithéliomas cutanés, tels qu'ils se sont manifestés dans 45 cas de cette affection (10 cas d'épithélioma de la muqueuse buccale, 1 cancer du sein et 34 cancroïdes des diverses parties de la face) qui, au cours d'une période de temps de deux ans et demi, ont été traités dans le service de Th. von Marschalko, professeur de dermatologie et de vénérologie à l'Université Hongroise de Kolozsvar.

Comme la plupart des radiothérapeutes, l'auteur a noté des résultats favorables surtout dans les épithéliomas superficiels; dans les cancers profonds, l'effet était moins bon,

voire même nul. Pour ce qui en est des particularités de la structure histologique du néoplasme, elle ne permettent de faire aucune supposition quant aux chances de succès du traitement radiothérapique. Ce sont donc les caractères cliniques qui doivent servir de critérium pour décider si, dans le cas donné, la radiothérapie est indiquée ou contre-indiquée.

Chez quelques-uns de ces malades, l'auteur a observé l'apparition d'un syndrome toxémique dont l'intensité était toujours en rapport avec la réaction radiothérapique locale. Ce syndrome fut constaté exclusivement dans les cas de grosse tumeur cancéreuse ulcérée, ayant nécessité une radiothérapie très énergique. S'agissait-il de forme légère de ladite toxémie, on voyait la température du malade s'élever avant la période maxima de la réaction locale ou bien, mais plus rarement, au moment même de ce maxima. Sans cause apparente, le thermomètre marquait 38 à 39°; la température demeurait deux à trois jours à ce niveau en n'accusant que des fluctuations insignifiantes. Simultanément avec cette fièvre, le malade se plaignait de courbature, d'inappétence et de céphalalgie. Dans certains cas, rares d'ailleurs, ces troubles prennent une plus grande intensité. On note alors de l'albuminurie avec cylindrurie, de la diarrhée accompagnée de vomissements ou de nausée, et l'on constate une leucocytose polynucléaire. Le malade est très affaibli, soporeux ; le pouls est faible, petit, irrégulier. Cet état se prolonge souvent et laisse après lui un épuisement considérable. Il faut dire que l'auteur a observé ce même syndrome dans 2 cas de lupus vulgaire et dans 1 cas de sarcome, tous traités par la radiothérapie. Dans la dernière observation, celle qui concerne le sarcome, on vit apparaître encore un érythème généralisé et des métastatases sarcomateuses. Les troubles généraux qui constituent ce syndrome post-radiothérapique relèvent, comme on sait déjà, d'un empoisonnement de l'organisme par absorption de substances toxiques, produits de la désagrégation des cellules cancéreuses sous l'influence des rayons X. D'après les observations de l'auteur, cette auto-intoxication post-radiothérapique, malgré son apparence parfois redoutable, se termine, d'habitude, favorablement. Quoi qu'il en soit, elle lèse toujours l'organisme qu'elle affaiblit beaucoup. Il faut donc s'appliquer à l'écarter autrement dire : avoir soin d'éviter toute réaction radiothérapique locale de quelque intensité.

Pour ce qui en est des métastases qui seraient liées directement à l'action des rayons X, l'auteur ne les a observé dans aucun des cas en question. Il a bien vu, chez trois sujets atteints de cancer de la langue, les ganglions régionaux augmenter d'une façon rapide pendant le traitement radiothérapiqtue, mais on ne saurait en conclure que dans ces cas les rayons X aient favorisé la production de métastases ganglionnaires. Il paraît plus rationnel de mettre cette augmentation de volume des glandes lymphatiques sur le compte de la progression du mal au cours d'un traitement de plusieurs mois de durée.

D'ailleurs, toute tuméfaction ganglionnaire pendant un traitement radiothérapique n'est pas nécessairement une récidive, comme le montre le fait que voici, cité par l'auteur. Un malade atteint de cancer ulcéré de la lèvre inférieure, est soumis à la radiothérapie. Au cours de ce traitement, on voit les ganglions sous-maxillaires augmenter jusqu'à prendre le volume d'une noix. On n'en continue pas moins le traitement, et on assiste à une régression complète de ces tuméfactions. Il a dû s'agir ici d'une simple lymphadénite par résorption de substances phlogogènes au niveau de la partie ulcérée, et non de métastase cancéreuse dans les ganglions. Même chose survint dans un cas de cancroïde ulcéré du nez.

V. DE HOLSTEIN.

Traitement général de la syphilis, par LŒW (*Therap. Monatshefte*, nov. 1906). — L'auteur préconise comme préparation hydrargyrique injectable, exempte de réaction locale, l'oxycyanure de mercure, solubilisé par un procédé spécial, en solution aqueuse à 1 0/0, avec addition d'acoïne à 0,4 0/0. On injectera, dans les masses musculaires de la gouttière vertébrale, 1 à 1 1/2 ccm. de la solution tous les 2 à 4 jours. Les antiseptiques provoquent facilement une précipitation dans la solution.

Ces injections sont indolores et ne provoquent jamais d'infiltration ou d'abcès. Leur efficacité thérapeutique est égale à celle des injections solubles courantes.

E. VOGT.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL
Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité

Corps étrangers de la vessie chez la femme, par A. MARTIN (*Revue Méd. Wern.* 10 sept. 1906). — L'A. raconte le cas d'une femme qui racontait avoir laissé tomber, par mégarde bien entendu, une épingle à cheveux dans sa vessie. L'exploration étant facile par le vagin, il lui fut aisé de reconnaître qu'il y avait bien un corps étranger placé en travers, suivant l'axe signalé par Guyon comme le plus fréquent. Ce fait s'observe assez fréquemment et l'urèthre étant dilatable, on peut arriver assez facilement, après avoir dilaté l'urèthre, à saisir l'épingle par sa boucle au moyen d'un *crochet à bottine* et d'un petit tube métallique cylindrique, qui sert à préserver les parois de l'urèthre. On sait qu'on peut y passer la pince spéciale dite pince de Collin. Mais une pince à forcipressure ordinaire est suffisante pourvu que ses bords soient minces. On peut d'ailleurs se servir d'un tube métallique cylindrique quelconque de 12 à 15 cent. de calibre supérieur ou égal à 0,01 cent. Malheureusement, il arrive que l'épingle étant introduite par son extrémité arrondie, c'est elle qui est le plus distante de l'orifice uréthral. Aussi M. Martin conseille-t-il, lorsqu'on ne peut pas, en s'aidant du doigt placé dans le vagin, la faire pivoter, de la saisir par l'extrémité des branches qui se présente, après avoir pris ses précautions pour que la pointe restée libre ne blesse pas les parois vésicales, par quelque mouvements de rotation appropriés : on tire avec force l'objet saisi, tandis que le tube est maintenu fortement en place. Cette manœuvre lui permit de soulager sa patiente, qui n'eut par la suite aucun trouble vésical.

A. BENOIT.

Morcellement et énucléation par la voie vaginale de volumineux fibromes interstitiels du col et du corps utérin, par M. OUI (*L'Echo médical du Nord, n° 34, 1906*. — Pertes sanguines très fétides chez une femme de 42 ans. Au déjettement énorme du col, perçu par le toucher, à la correspondance des mouvements imprimés par le bas avec ceux que percevait la main placée sur le ventre, il était facile de diagnostiquer une masse fibromateuse à évolution utérine et vaginale à la fois. On sait la tendance qui se manifeste encore aujourd'hui, d'opérer ces tumeurs par une véritable opération césarienne. Le présent cas montre qu'on peut reculer assez loin les limites de l'intervention par les voies naturelles. Deux écarteurs vaginaux étant mis en place, en avant et en arrière, la tumeur fut fixée et abaissée avec un tire-bouchon de Segond. Elle fut ensuite évidée et morcelée à l'aide des ciseaux. Plusieurs petites tumeurs arrondies purent être énucléées. Au bout d'un certain temps, la lèvre antérieure du col apparut. Elle faisait partie intégrante de la coque et dut être incisée pour enlever complètement la partie vaginale de la tumeur. Pour faire mobiliser le reste, le chirurgien saisit avec de grosses pinces de Museux le tissu fibromateux et trouvant avec le doigt un plan de clivage, il aboutit, grâce à quelques tractions avec les pinces, sans cesse déplacées, à l'ablation totale, sans morcellement du reste de la tumeur. Excision de lambeaux capsulaires. Lavage antiseptique et tamponnement serré avec de la gaze iodoformée pour terminer. Poids total, 1 kil. Suites apyrétiques.

A. BENOIT.

Sarcome kystique de l'utérus (*Soc. de chir.*, 12 déc. 1906). — M. POTHERAT, et à sa suite MM. Monod et Mauclaire, communiquent l'observation de kystes utérins ayant été opérés pour des kystes ovariques qui n'étaient autres que des *sarcomes kystiques* faisant en effet corps avec l'utérus. La première des malades, observée par M. Auvray, présentait une tumeur implantée sur le fond de l'utérus, contenant 6 litres d'un liquiude noirâtre. Par une de ces faces, elle avoisinait la cavité, dont une faible épaisseur de tissu normal la séparait. On conçoit donc facilement qu'elle ait pu être prise pour un kyste de l'ovaire. L'hysterectomie abdominale sub-totale fut pratiquée et la malade guérit sans incident. Dans tous les cas, la nature sarcomateuse fut démontrée par l'examen histologique.

Il est regrettable que les auteurs de ces communications n'aient pas attendu l'évolution clinique ultérieure, pour vérifier en produisant des observations complètes, les assertions des histologistes maintes fois sujettes à caution. Le pronostic y eût gagné en certitude.

A. BENOIT.

Traitement des tumeurs malignes végétantes des annexes par la castration abdominale totale, par M. DRUCBERT (*L'Echo Méd. du Nord*, 30 sept. 1906). — L'A. rap-

porte quatre observations intéressantes de tumeurs en choux-fleurs des ovaires, propagées au péritoine pelvien et répondant, à ce qu'il semble, à cette variété assez commune, décrite par Péan sous le nom de tumeurs végétantes à forme colloïde ou myxomateuse. Dans tous ces cas, l'auteur, ou M. Dubar qui opéra l'une de ces malades, se sont contentés dans les premières intervention d'évaluer l'*ascite*, assez abondante, et parfois sanguinolente, dont ces tumeurs s'accompagnent. Or, chez une de ces malades, qui ne subit pas moins de cinq laparotomies, la tumeur primitivement inopérable devint assez facile à extirper au bout de plusieurs de ces évacuations totales. Mais pour y arriver, il fallut employer le procédé d'extirpation de bas en haut, recommandé dernièrement par M. Faure. C'est-à-dire que l'utérus doit être attiré en haut, le col sectionné, les pédicules vasculaires, trompe et ligaments ronds, pincés. On enlève alors l'utérus de bas en haut et il devient aisé d'extirper ensuite ces tumeurs végétantes annexielles qui étendent leurs ramifications sur tous les organes du petit bassin.

A. Benoit.

Ablation d'un kyste énorme de l'ovaire ; guérison. (*Gazette médicale d'Orient*, 15 août 1906). — M. Yakoub a opéré l'extraction d'un kyste de l'ovaire, qui datait de 4 ans. Diamètre xipho-pubien : 0 m. 95 c. Circonférence ombilico-rachidienne 1 m. 25 cent. Circonférence abdominale transversale de la tumeur 1 m. 50. C'était un kyste biloculaire ; 25 litres de liquide dans la poche droite, 30 dans la poche gauche. Poche et pédicule : 7 kilog. En tout 62 kilog. Réunion per primum au 7e jour ; déformation considérable du ventre et de la base du thorax qui à la forme d'un couvercle dominant un ventre déformé, à tel point que l'auteur se demande « comment l'opérée pourra réparer les déformations de son corps. »

Il semble en effet préférable, en face de ces kystes colossaux, de diminuer par la ponction préalable le volume total, autant pour éviter les accidents de décompression brusque, qui ont heureusement fait défaut ici, que pour permettre aux tissus de reprendre quelque élasticité. A rapprocher de cette intervention le kyste de M. Pothérat (60 k.) et celui de M. Tuffier (92 k.), la majeure partie de ce poids étant, comme on voit, constituée par du liquide.

A. Benoit.

Kyste de l'ovaire et grossesse, par M. G. Renon, de Niort. — (*Arch méd. chirurg.* du Poitou, 1906, n° 5.) — La majorité des chirurgiens pensent aujourd'hui que le kyste doit être d'autant plus traité chirurgicalement chez les femmes enceintes, qu'il exerce une influence néfaste sur la grossesse. L'A, à ce propos, produit trois observations nouvelles, dont l'une atteste l'influence du kyste pour provoquer l'avortement, principalement lorsqu'il subit la torsion de son pédicule et donne naissance à des accidents péritonéaux. Comme les statistiques le démontrent : *Une femme enceinte portant un kyste de l'ovaire a plus de chances d'avorter spontanément que secondairement à l'ovariotomie.* Et, sous la signature de Labadie-Lagrave : « la grossesse peut être considérée comme une complication des kystes de l'ovaire : elle constitue alors une des indications les plus pressantes de l'opération avant le travail. »

A. Benoit.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Administration de la créosote (*Bull. des Soc. Pharmacologiques*, novembre 1906). — Le Baillif, pour masquer l'odeur si désagréable de la créosote, recommande, après divers essais, l'essence d'amandes amères. Pour 50 gr. d'une solution alcoolique glycérinée de créosote à 1 : 5, il a suffi de vingt-cinq gouttes d'essence d'amandes amères pour obtenir un résultat satisfaisant.

E. Vogt.

Contribution à l'étude de l'emploi thérapeutique de l'iodopyrine, par Haink (*Therap. Monatshefte*, décembre 1906). — On sait que ce corps est une antipyrine iodée (iodophényl diméthylpyrazolon), poudre blanche, inodore, insipide, très peu soluble dans l'eau, contenant 40 0/0 d'iode : après son ingestion, on retrouve l'iode au bout d'une heure environ dans l'urine. Sa décomposition intraorganique ne semble pas donner naissance à l'antipyrine classique, car l'auteur n'a noté aucune des réactions parfois désagréables de ce dernier produit.

L'iodopyrine a été étudiée par l'auteur

au point de vue de ses effets dans une série d'affections cutanées, sous forme de pommade lanolinée à 10 et 20 0/0, de suppositoires contenant 0,50 gr. de principe actif, en nature pour l'usage interne. Dans ce dernier cas, elle a été administrée en cas de céphalées et douleurs ostéocopes spécifiques, à la dose de 0, 50 gr. L'emploi même prolongé ne provoque pas de phénomènes d'iodisme, aussi peut-on la prescrire aux malades qui ne supportent pas les iodures.

L'application de pommade iodopyrine sur les *chancres indurés* donne de bons résultats : il en est de même en cas d'ulcérations gommeuses, psoriasis plantaire et palmaire.

L'iodopyrine en nature est un bon topique pour le *chancre mou*, et les suppositoires semblent avoir une action efficace en cas de *prostatite blennorrhagique* : le nombre de cas observés est toutefois trop faible pour permettre une conclusion.

La pommade à l'iodopyrine est en outre fort utile dans les cas de *psoriasis vulgaire généralisé*, qui contre-indiquent l'emploi des topiques toxiques (acide pyrogallique et chrysarobine). Il est vrai que les effets ont beaucoup moins marqués qu'avec ces deux produits.

C'est dans le traitement de *l'eczéma chronique localisé* que la pommade s'est montrée surtout précieuse : au bout de peu de jours, la desquamation diminue, le prurit est énergiquement combattu et disparaît rapidement, même dans des cas inutilement traités par d'autres topiques. On n'observe jamais de stade d'irritation, aussi obtient-on, pour calmer les phénomènes douloureux du zona, des résultats remarquables.

Dans un cas de *scleroderma diffus*, la pommade aidée de l'ingestion d'iodopyrine en nature a provoqué en cinq mois, des modifications profondes des points traités localement, alors que d'autres plaques, non traitées, étaient restées dans leur état primitif. La maladie, dans le seul cas observé, datait de 19 mois et avait résisté à toutes les médications.

E. Vogt.

Un nouveau purgatif, la soldanelle, d'après le *Journal de Médecine*, n° 47 (18 nov. 06), p. 502. — La *Calystegia Soldanella* ou soldanelle renferme une résine purgative. Formuler :

1° *Teinture de soldanelle composée* ou *eau-de-vie française.*

Sucre de limon épaissi	20 gr.
Racines de soldanelle	60 gr.
Racines de bryone	20 gr.
Alcool à 80°	100 gr

Faire macérer 8 jours. Passer avec expression. Filtrer. Dose 10 à 12 grammes.

2° *Pilules :*

Digitale pulvérisée	1 gr. »
Suc de soldanelle épaissi	1 gr. »
Poudre de bryone	0 gr. 75

Pour 20 pilules 3 à 4 par jour.

Dr Pierre Sée.

La phtaléine du phénol comme laxatif, d'après le *Journal de Médecine de Paris*, N° 50, 9 décembre 1906, p. 532. — Parmi les nombreux laxatifs qu'on a préconisés, la phtaléine du phénol serait un de ceux dont l'emploi présente le plus d'avantages. En effet le médicament n'est pas toxique ; il ne provoque pas de coliques et se passe de correctifs et d'adjuvants. Cependant, dans les cas de constipation spasmodique, il vaut mieux l'associer à la poudre de feuilles de belladone, ou à la poudre de noix vomique.

Les doses laxatives du phtaléine du phénol sont :

1° Chez le nourrisson, 0,02 à 0,05 centigr.
2° Chez l'enfant, 0,05 à 0,10 centigr.
3° Chez l'adulte, 0,10 à 0,30 centigr.

Pour obtenir un effet purgatif, il suffit de doubler les doses que nous venons d'indiquer.

Le médicament étant insoluble dans l'eau, il faut le prescrire sous forme de pilules, de cachets, de comprimés, ou d'élixir.

Dr Pierre Sée.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Salpêtrière. — *Service du Pr Raymond :* Cours complémentaire de neuropathologie sous la direction du Dr Henri Claude. Durée un mois à partir du 21 janvier 1907, tous les jours à 5 heures. Droit à verser 80 francs. S'inscrire au secrétariat de la faculté (Guichet 3).

Bretonneau. — *Service du Dr Villemin :* Clinique infantile et orthopédie, tous les jeudis à 9 h. 1/2, pavillon Marjolin, à partir du 3 janvier 1907.

Congrès périodique de gynécologie, obstétrique et pédiatrie, 5e session. — La 5e session s'ouvrira à Alger le 1er avril 1907, sous la présidence de M. le professeur Queirel, de Marseille, président général (section d'obstétrique), de M. le professeur Boursier, de Bordeaux (section de gynécologie); de M. le docteur Guinon, de Paris (section de Pédiatrie). Prix de la cotisation, membre titulaire : 20 francs ; membre associé : 10 francs. Envoyer les adhésions et communications à :

M. le professeur J. Rouvier, secrétaire général, 52, rue Daguerre, Alger.

LISTE DES RAPPORTS. — *Obstétrique.* Cancer et Grossesse. — Rapporteur : M. Oui, de Lille. — *Gynécologie.* Prolapsus génitaux. — Rapporteur : M. Delanglade, de Marseille. — *Pédiatrie* (Médecine). Le paludisme chez l'enfant. — Rapporteur : M. Crespin, d'Alger. — Les splénomégalies chez l'enfant. — Rapporteur M. Rist, de Paris. — Les anémies infantiles. — Rapporteur M. L.-G. Simon, de Paris.

Chirurgie. — Les tumeurs du rein chez l'enfant. — Rapporteur : M. Mouchet, de Paris. — Les Péritonites aiguës de l'enfant (non compris l'appendicite et la tuberculose). — Rapporteur, M. Nové-Josserand, de Lyon.

Le Congrès international d'hygiène et de démographie. — S. M. l'impératrice d'Allemagne vient d'accorder son haut patronage aux travaux du XVIe Congrès international d'hygiène et de démographie qui se tiendra à Berlin du 23 au 29 septembre 1907. Le Comité français d'organisation est ainsi constitué :

Président : M. le Prof. A. Chantemesse.

Secrétaire général : M. le Dr Mosny.

Secrétaire général-adjoint : M. le Dr Henry Thierry.

Secrétaires : MM. les Drs Borel, Bourgeois, G. Brouardel, A. Chassevant, M. le Couppey de La Forest.

Membres du Comité : MM. les Prof. A. Arloing (de Lyon), Bertin-Sans (de Montpellier) ; le Dr Bordas (de Paris) ; les Prof. Calmette (de Lille), J. Courmont (de Lyon) ; les Drs J. Lucas-Championnère (de Paris), Dupuy (de Saint-Nazaire) ; le Prof. Guiraud (de Toulouse) ; le Dr Imbaux (de Nancy) ; les Prof. Layet (de Bordeaux), Leclainche (de Toulouse) ; M. Leclerc de Palligny (de Paris) ; le Prof. Mace (de Nancy) ; M. Lucien March (de Paris), le Prof. Vallée (d'Alfort).

Les Spécialités pharmaceutiques. — Une délégation nommée par la majorité des propriétaires de spécialités pharmaceutiques et hygiéniques s'est rendue auprès du ministre des finances pour lui exposer la situation, si défavorable à de nombreux points de vue, que leur créerait l'impôt de 10 0/0 sur ces spécialités, voté par la Chambre. Cet impôt rendrait l'exploitation de la plupart des spécialités impossible et se répercuterait sur les malades, principalement sur ceux des classes laborieuses, peu fortunées. Ce serait, en réalité, un véritable impôt sur la souffrance. Le ministre, après avoir écouté l'exposé détaillé de la situation qui résulterait de ce vote bâclé hâtivement et sans examen approfondi par la Chambre, a prié la délégation de lui remettre un mémoire détaillé, afin d'étudier de près cette question si complexe dans sa portée.

La délégation s'est ensuite rendue auprès de plusieurs membres de la commission du budget, pour leur faire également l'exposé de la situation qui créerait l'application de l'impôt voté par la Chambre.

La délégation a proposé au ministre et aux membres de la commission du budget de réduire la taxe prévue au taux de 3 0/0. Cette réduction serait acceptée par les propriétaires de spécialités, qui en feraient le sacrifice.

BIBLIOGRAPHIE

Le Docteur Quesnay, *chirurgien, médecin de Madame de Pompadour et de Louis XV, physiocrate*, par G. SCHELLE. 1 fort volume in-16 avec un portrait, 5 fr. (Librairies Félix Alcan et Guillemin réunies).

Quesnay est un personnage intéressant à plus d'un titre. Chirurgien et secrétaire de l'ancienne Académie de chirurgie, il a soutenu contre la faculté de médecine une lutte remplie de curieuses péripéties. Ecrivain médical, il a sa place dans l'histoire des sciences biologiques. Après avoir pris le bonnet de docteur, il a été au service de madame de Pompadour et est devenu médecin du roi. Il a fait alors de l'économie publique : pour conquérir Louis XV à ses idées, il a dressé son tableau économique ; pour répandre ses idées dans le public, il a excité de nombreux disciples et a pris lui-même la plume ; ainsi a été fondée la Physiocratie, d'où est sortie l'économie politique libérale.

M. Schelle donne des renseignements, la plupart peu connus ou inédits, sur la vie de Quesnay, sur les événements du temps auxquels il a été mêlé, sur ses travaux de tous genres ; il compare, sans entrer dans des développements inutiles et en restant toujours clair, l'œuvre économique et sociale du Physiocrate à celle de ses devanciers, et la dégage de celle de ses disciples, avec laquelle elle est souvent confondue.

Son livre s'adresse non seulement aux économistes, mais aux médecins, à tous les amis de l'histoire des idées, à tous ceux des choses du XVIIIe siècle.

A. BENOIT.

L'Obésité *et son traitement*, par le Dr P. LE NOIR, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. in-16 de 96 pages. Cartonné. 1 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Si, au début, l'obésité peut à peine être considérée comme une maladie et si l'embonpoint, lorsqu'il est encore modéré, peut être uniquement envisagé au point de vue esthétique, il ne faut pas que l'adipose soit extrêmement développée pour voir apparaître des symptômes ou des accidents qui, même peu accentués, n'en sont pas moins l'indice d'un trouble apporté au fonctionnement d'un certain nombre d'organes et constituent une gêne dans l'accomplissement des différents actes de la vie.

Le Dr Le Noir expose les recherches récentes que M. Bouchard a entreprises sur l'état statique de l'homme. Il n'est plus possible, à l'heure actuelle, de négliger ces notions nouvelles quand on veut poursuivre une étude sur les maladies de la nutrition.

Lorsqu'il s'agit de l'obésité, la question à résoudre est celle-ci : Quelle est la quantité normale de tissu adipeux pour un sujet donné ? Entre quelles limites cette quantité peut-elle osciller, sans que pour cela le sujet cesse d'être normal ?

Voici un aperçu des matières contenues dans ce petit volume que le Dr Le Noir publie dans les *Actualités médicales*.

I. — SYMPTOMES ET FORMES CLINIQUES. — Aspect physique. Troubles cutanés, circulatoires, digestifs, génitaux. Troubles de la nutrition. Marche de la maladie. Types cliniques. Obésité chez les enfants. Obésité suivant les sexes. Obèses pléthoriques, Obèses anémiques. Associations morbides.

II. — ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — Comment on devient obèse.

III. — TRAITEMENT. — Traitement préventif. Traitement curatif. Régime alimentaire.

Régimes réduisant les aliments. — Régime de Harvey Banting, d'Ebstein, de Bouchard, Sée, Pfeifer, Dujardin-Beaumetz, Debove, Le Mesnant du Chesnay.

Régimes réduisant les boissons. — Régime de Bancel, d'Œrtel.

Cures de terrain et exercices. — Traitement médicamenteux. Purgatifs. Alcalins. Cure thermale. Médication iodée. Médication thyroïdienne.

Cure de l'obésité. — Enquête sur les antécédents. Examen. Régime alimentaire. Moyens auxiliaires. Genre de vie. Pesées. indications spéciales. Eléments nécessaires à l'établissement du régime d'un obèse. Corpulence. Adiposité.

Echos du 2e Congrès français de Climatothérapie et Hygiène Urbaine Arcachon-Pau, 1905. — Le volume publiant les travaux du 2e Congrès Français de Climatothérapie et d'Hygiène Urbaine tenu à Arcachon-Pau en avril 1905, vient de paraître. Tous les confrères ayant adhéré à ce Congrès et qui ont versé la cotisation de 20 francs ont droit à ce volume qui leur a été adressé.

Ceux qui ne l'auraient pas encore reçu, sont priés de le réclamer au Dr Festal, secrétaire général, villa David, à Arcachon (Gironde), avant le 31 janvier 1906.

Passé ce délai, les réclamations ne seront plus accueillies, et il sera disposé des volumes restants.

Précis de Diagnostic médical et d'exploration clinique, par P. Spillmann, professeur de clinique médicale à l'Université de Nancy, P. Haushalter, professeur de clinique infantile à l'Université de Nancy, et L. Spillmann, professeur agrégé à l'Université de Nancy. 1 vol. in-8° de la *Collection de Précis Médicaux*, de XII-532 pages, avec 153 figures. Cartonné toile souple, 7 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boul. Saint-Germain, Paris.

Ce précis est une transformation très complète et une mise au point de l'ancien Manuel de Diagnostic. C'est assez dire que ce petit volume est un livre nouveau ; il a la prétention d'être le guide de l'étudiant à l'hôpital et même de servir au praticien dans son cabinet. — Ce travail est divisé en trois parties : Dans une première partie, les auteurs passent en revue les différents modes d'investigation que la science met à notre disposition pour découvrir les symptômes de la maladie. Ils indiquent l'usage que nous devons faire de nos divers sens et des instruments qui suppléent à leur insuffisance. — Dans la deuxième partie les auteurs exposent la meilleure méthode pour examiner les malades et explorer les organes. — Dans la troisième partie, ils discutent les signes qui, par leur réunion ou leur valeur pathognomonique, distinguent chaque maladie et la différencient des maladies du même groupe. Les auteurs se sont efforcés, dans cette dernière partie, de mettre en lumière les caractères essentiels des maladies, ceux qui provoquent le diagnostic clinique.

Chirurgie du foie et des voies biliaires, par M. Terrier, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine et M. Auvray, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgiens des hôpitaux, tome II, 1 vol. grand in-8 avec 47 gravures dans le texte, 12 francs (vient de paraître). Précédemment paru : tome I, 1 vol. grand in-8 avec 50 gravures dans le texte, 10 francs (Félix, Alcan, éditeur).

MM. Terrier et Auvray continuent leurs études sur la *Chirurgie du foie et des voies biliaires*. Au premier volume de ces études consacré aux traumatismes du foie et des voies biliaires au foie mobile et aux tumeurs du foie et des voies biliaires, en succède un second dans lequel il est traité de l'*Echinococose hydatique commune*, des *kystes alvéolaires*, des *suppurations hépatiques*, des *abcès tuberculeux intra hépatiques* et des *abcès de l'actynomicose*. Dans ces diverses monographies et suivant leur méthode si appréciée des praticiens et du monde savant, les auteurs débutent par un court historique suivi de l'étude de l'anatomie pathologique et des symptômes de chaque affection. Ils abordent ensuite la partie purement chirurgicale ; le traitement décrit, ils donnent des tableaux des différentes opérations pratiquées jusqu'à ces temps derniers, et un examen très complet des résultats. Un index bibliographique termine chaque monographie.

Paris. — G. Camproger, 52, r. de Provence. *Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

3e Congrès français de climatothérapie et d'hygiène urbaine (Cannes, Monaco, Menton, Ajaccio).

Comité permanent : MM. Calmette, Directeur de l'Institut Pasteur de Lille, Membre correspondant de l'Académie de Médecine ; Chantemesse, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine ; Guinon, Médecin des Hôpitaux de Paris ; Huchard, Médecin des Hôpitaux de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Renaut, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, Associé National de l'Académie de Médecine, Présidents; Renon, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin des Hôpitaux, Secrétaire.

Bureau du Congrès : Président : Dr Calmette, Correspondant de l'Académie de Médecine, Directeur de l'Institut Pasteur de Lille ; — Vice-Présidents : Dr Grasset, Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier, Associé National de l'Académie de Médecine; Dr de Nabias, Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux ; Dr Pitres, Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, Associé National de l'Académie de Médecine; — Vice-Présidents locaux : Dr Bourcart, de Cannes et Dr Vivant, de Monte-Carlo; — Secrétaire Général: Dr Verdalle, ancien Médecin des Hôpitaux de Bordeaux, 1, boulevard d'Alsace, Cannes; — Secrétaires généraux locaux : Dr Didier, pour Menton et Dr Giocanti, pour Ajaccio; — Trésorier général : Dr Bienfait, Villa Louis-Marie, boulevard d'Alsace, Cannes ; Trésorier adjoint : Dr Faure, rue Hermann, 10, Cannes; — Secrétaires : Dr Josserand, rue Jean-de-Riouffe, Cannes ; Dr Lhuillier, boulevard d'Alsace, Cannes.

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR :

Les Maladies chroniques de l'appareil respiratoire sur la Riviera Française, et en particulier à Cannes et dans la région de Cannes ; rapporteur : M. le Dr Chuquet, de Cannes.

QUESTION ANNEXE : Les maladies des voies aériennes supérieures ; rapporteur : M. le Dr Roque, de Cannes.

Les Adénopathies et les Tuberculoses locales à Cannes ; rapporteur : M. le Dr Bourcart, de Cannes.

Les Maladies Nerveuses sur le Littoral méditerranéen ; rapporteur : M. le Dr Sauvage, de Cannes-le-Cannet.

QUESTION ANNEXE : Traitement Physiothérapique dans ces maladies, sur le Littoral ; rapporteurs : MM. les Drs Bonnefoy et Josserand, de Cannes.

L'Hygiène à Menton ; rapporteur : M. le Dr Tartarin, de Menton.

Les Poussières des routes sur le Littoral Méditerranéen ; rapporteurs : M. le Dr Chaboux, de Menton, partie théorique ; M. le Dr Gugglielminetti, de Monte-Carlo, partie pratique ; démonstration et présentation d'appareils.

L'Hygiène dans la Principauté de Monaco ; rapporteur : M. le Dr Vivant, de Monte-

L'Héliothérapie ; rapporteur : M. le Dr Monteuis, de Sylvabelle — co-rapporteur : M. le Dr Chiaïs, de Menton.

Pour tous les renseignements s'adresser au Secrétaire Général : Dr Verdalle, 1, boulevard d'Alsace, à Cannes.

Villa Lou-a-

arrivée au

pour Cannes

à la traver-

municipaire

promenade au

pour Nice :

promenade

à

à

de la Ville

visite de la

dans la

4 fr

4 fr.

4 fr.

4 fr.

4 fr.

4 fr.

4 fr.

4 fr.

4 fr.

4 fr.

4 fr.

4 fr.

4 fr.

4 fr.

4 fr.

4 fr.

4 fr.

4 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES OCULAIRES PAR LA TUBERCULINE. T. R. (1)

Par le Dr A. Darier

Si nous cherchons à retracer brièvement l'histoire des tuberculines, nous voyons après l'enthousiasme mondial qui accueillit la nouvelle de la découverte de Koch, il se produisit une réaction au moins aussi exagérée. Mais c'est toujours en les extrêmes qu'il faut chercher la vérité, et c'est peut-être en oculistique que la tuberculine a conservé le plus de son prestige, car nous trouvons relatés dans la littérature, depuis 1890, une foule de cas d'iritis et de kératites traités et souvent guéris par la tuberculine et dans beaucoup de circonstances, la réaction générale et locale provoquée par la tuberculose oculaire ; quelques auteurs notèrent aussi des aggravations ou des insuccès.

Des expériences sur les animaux démontrèrent que la tuberculose irienne provoquée est enrayée par les injections de tuberculine, mais là aussi les succès furent discutés. Zimmermann, dans un travail à la fois clinique et expérimental, admet en 1898, que les tuberculines ont réellement une action antituberculeuse spécifique ; c'est ainsi que conclut également Dœnitz, dans un remarquable travail fait sous la direction de Koch lui-même.

Schieck fit une étude très documentée des nouvelles tuberculines T. R. dans 5 cas d'iritis tuberculeuse. Enslin, obtint une réaction fébrile typique dans 8 cas de kératite parenchymateuse, avec réaction locale dans quelques cas par des injections de 1 à 3 milligrammes. Nous avons aussi noté cette réaction dans nos 3 observations, mais avec des doses beaucoup plus faibles. Dans une nouvelle série, il obtient la réaction à la tuberculine dans 5 sur 24 cas de kératite parenchymateuse.

Vous trouverez un très bon résumé de tous les cas publiés, dans une excellente monographie de MM. Gamble et Brown. Mais il serait trop long de consigner tous les travaux publiés sur ce sujet : l'accord paraît se faire aujourd'hui sur l'action

(1) Extrait des *Leçons de thérapeutique oculaire*. 3e édition complétée.

de la tuberculine tant comme agent thérapeutique que comme élément précieux de diagnostic.

Nous ne pouvons mieux conclure qu'en résumant l'importante communication faite l'an dernier à la Société de Heidelberg par le prof. Von Hippel.

Le prof. A. Von Hippel a eu l'occasion de soigner, depuis mars 1904, quatorze nouveaux cas de tuberculose grave de l'œil, il en avait déjà publié un certain nombre l'année précédente.

Voici ces cas en résumé.

I. — Garçon de 8 ans, *tuberculose grave de l'iris* O. G. Semis de petits tubercules très nombreux, synéchie postérieure totale. Troubles diffus du corps vitré, V = Doigts à 2 m., Guérison complète. V = I après 50 injections.

II. — Fille de 19 ans *iridocyclite tuberculeuse* O. G. depuis octobre 1903. Guérie en mars 1904. En 1905, O. D. : petits nodules de l'iris ; dépôts abondants sur la cornée, 4 tubercules miliaires de la choroïde, V = 0,1.60 injections en 5 mois ; guérison, V = 1. 3 mois après, légère rechute promptement enrayée à nouveau par la tuberculine.

III. — Femme de 34 ans. Guérie il y a 6 ans d'une tuberculose O. D. Est prise, de l'autre œil,de *kérato-iritis*. 33 injections T. R. amènent une amélioration, mais le traitement ayant été cessé trop tôt, il y eut une rechute violente au bout de 4 mois. Douleurs extrêmement intenses, gros nodules envahissant la cornée. Les injections T. R. font à nouveau cesser douleurs et inflammation .— La cornée s'éclaircit ; la malade est encore en traitement, V = 0. 2., alors qu'elle comptait seulement les doigts devant son œil.

IV. — Femme de 29 ans, traitée en 1903 pour kérato-iritis et sclérite tuberculeuse très améliorée par quelques injections de T. R. ; elle cesse le traitement, puis revient 18 mois plus tard avec un nodule tuberculeux, caséeux, de 6 mm. au-dessus de la cornée, ayant détruit la sclérotique dans toute son épaisseur, 41 injections T. R. amenèrent une cicatrisation complète avec une vision = 0,1.

V. — Fille de 24 ans, kératite tuberculeuse. Un œil perdu depuis 2 ans par iritis tuberculeuse. De l'autre, iridectomisé ailleurs, troubles du corps vitré avec 3 foyers choroïdiens. V = 0,1. Après 60 injections T. R., V = 0,3 pas de changement du côté des foyers choroïdiens.

VI. — Femme de 32 ans. Depuis 9 mois, iridocyclite grave avec précipités abondants et tubercules de l'iris, traitée sans succès ailleurs ; après 59 injections T. R., guérison.

VII. — Fille de 17 ans. 3 tubercules sur la portion ciliaire de l'iris, trouble cornéen profond et nombreux précipités. V = doigts à 4 m. L'autre œil, extérieurement sain, laisse voir de petits foyers choroïdiens récents, 53 injections T. R. font disparaître les tubercules et les précipités, mais pas de changements du côté de la choroïde.

A ces 7 cas de tuberculose du tractus uvéal Von Hippel en oppose un 8e où le traitement paraît avoir complètement échoué.

VIII. — Fille de 15 ans O. G. malade depuis novembre 1904 ; iridocyclite tuberculeuse grave avec nodules iriens et descemétite ; trouble des couches profondes de la cornée, et du corps vitré ; papille rouge mais pas d'altérations du fond de l'œil. Les injections de T. R. ne provoquent aucune réaction générale et aucune amélioration de l'état local. Même après 4 semaines, au contraire, les tubercules s'agrandirent et confluèrent pour recouvrir la plus grande partie de l'iris, en

même temps que la cornée se vascularisait. Après 96 injections on cesse le traitement, le 15 avril. En juillet une amélioration semble se produire. L'avenir dira si la conservation de cet œil est possible.

IX. — Ce cas aussi eut un cours autre que les précédents. Homme de 20 ans, pleurésie en 1901. Double iritis en 1903. En 1904 kérato-iritis de l'O, G. avec nodules du bord libre de l'iris, La 9e injection de T. R. provoqua une élévation de température avec réaction locale violente, il fallut reprendre des doses très faibles, car à 1/100 de milligr. il y avait réaction. Les nodules se résorbèrent bientôt et toute inflammation disparut, traitement encore en cours.

X. — *Tuberculose de la cornée*, homme de 26 ans. O. G. exsudats gris jaunâtres dans la chambre antérieure, avec vascularisation de la cornée et réaction violente, 1/50 de milligr., de T. R. provoque déjà une réaction violente avec photophobie et larmoiement. On continue le traitement et au bout de 60 injections, guérison avec V = 0,3.

XI. — *Tuberculose conjonctivale*. Sur une fillette de 12 ans, tuméfaction de la paupière supérieure O. G. avec nodule tuberculeux, ulcère de 8/13 millimètres ; inoculation positive sur un lapin. Après 10 injections T. R. de 1/500 à 1/2 milligr. guérison complète avec cicatrice presque invisible.

XII. — *Tuberculose de la conjonctive et du tarse* très étendue, chez une jeune fille de 14 ans. Inoculation positive. 67 injections. T. R. dont les 43 dernières de 1 milligr. ne provoquèrent aucune réaction, ne réussirent pas à amener la guérison et on dut pratiquer l'ablation de la tumeur avec greffe de THIERSCH.

XIII. — Chez un garçon de 12 ans, 7 injections sous-conjonctivales faites *en Russie*, jusqu'à la dose de 1/10 de milligr. avaient amené une réaction très violente avec augmentation très marquée des tubercules qui remplissent la chambre antérieure au point qu'on ne sait pas encore si cet œil pourra être conservé.

Dans un précédent travail, M. VON HIP-PEL avait déjà rapporté 10 cas de tuberculose irienne ou cornéenne, pour la plupart améliorés ou guéris par la tuberculine, mais la durée du traitement a été toujours très longue. 3 à 6 mois avec 50 à 70 injections sont en général nécessaires et les rechutes ne sont pas rares ; mais ces dernières guérissent en général par une nouvelle série d'injections.

Vous avez pu noter, au cours de ces multiples observations, combien sont fréquentes les rechutes et les récidives ; mais n'oubliez pas que nous avons affaire à une maladie des plus graves, qui entraîne la plupart du temps la perte d'un ou des deux yeux après les années de soins infructueux. Ces récidives même prouvent à la fois l'exactitude du diagnostic et la gravité de l'affection, et ce que nous devons surtout retenir, c'est que si les rechutes sont fréquentes elles sont presque toujours enrayées à nouveau par une nouvelle série d'injections de tuberculine.

Dans les premières éditions de ces *Leçons*, à propos des affections tuberculeuses de l'œil nous disions : « Nous aurons bien peu de choses à dire au sujet du traitement général ou local. Une bonne hygiène et la vie au grand air seront recommandées. Comme médication interne, l'iodoforme a donné d'assez bons résultats, l'application locale de cet agent, soit dans la chambre antérieure, soit sous la conjonctive est encore à l'étude ».

Il y a plusieurs années déjà, M. ABADIE avait recommandé dans la kératite et l'iritis tuberculeuse le massage cornéen avec la lanoline iodoformée à parties égales. Les résultats obtenus ne peuvent qu'encourager dans cette voie. Depuis, ce

chercheur sagace a reconnu au gaïacol une valeur antituberculeuse très évidente, aussi recommande-t-il les applications de gaïacol en solution dans l'huile de foie de morue à un vingtième en frictions tous les soirs sur tout le tronc. Comme traitement général, il fait prendre de grandes quantités de viande crue ou bien de la Carnine, qui est très bien supportée et d'un effet très rapide.

Grâce à ces moyens, M. Abadie aurait réussi à guérir plusieurs cas d'iritis tuberculeuse.

Sans négliger ces précieuses mesures hérapeutiques, nous pouvons aujourd'hui espérer des résultats meilleurs encore par les applications des découvertes récentes sur l'immunisation et la sérothérapie, en cherchant à donner à l'organisme un pouvoir de résistance plus grand au moyen de ce qu'on appelle des opsonines, des anticorps, des bactériolysines, etc.

Nous avons déjà vu à propos de la sérothérapie des ulcères infectieux qu'il est assez difficile de dire si les immunisations actives ou passives agissent en produisant réellement une immunité toxique ou bien si elles ne font que provoquer un accroissement de résistance des cellules, ou encore si elles agissent directement sur la bactérie elle-même par une substance spécifique s'attaquant à sa vitalité.

Nous l'avons vu, Rœmer n'a pas craint de combiner les effets de l'*immunisation active*, en injectant à ses malades une culture stérilisée de pneumocoque à ceux de l'*immunisation* passive qu'il provoquait par des injections quotidiennes de sérum antipneumococcique. Pour lui, il est définnitivement établi que l'immunité pneumococcique est provoquée par des anticorps ayant une action bactéricide spécifique. Il expliquerait ainsi la crise brusque que l'on observe dans la pneumonie, alors que les anticorps sont assez abondants pour amener la mort et la disparition des éléments infectieux.

Pour la tuberculose, les tentatives d'immunisation, soit active, soit passive, ne sont pas encore tout à fait concluantes, malgré les travaux innombrables faits dans cette voie.

Les découvertes si intéressantes de Metchnikoff sur le rôle des phagocytes dans la lutte de l'organisme contre les agents infectieux ont provoqué de nombreuses recherches contradictoires.

Si à un mélange de leucocytes et de bactéries, on ajoute un sérum immunisant, la phagocytose devient beaucoup plus énergique et l'on pourra compter dans chaque leucocyte jusqu'à 20 microrganismes englobés, tandis que si on n'a ajouté au mélange que du sérum normal, la phacocytose sera beaucoup moindre et les leucocytes n'auront englobé que quelques microrganismes.

Ce résultat produit par le sérum immunisant serait dû, d'après le prof. Wright, de Londres, à une action particulière d'une substance qu'il a dénommée *opsonine* (de *opsono*: je prépare les voies),qui rendrait les microbes plus attractifs pour les leucocytes.

La quantité d'opsonine contenue dans le sang d'un individu nous donnerait sa mesure de résistance à telle ou telle bactérie ; cette quantité dépend de la réaction de l'organisme au stimulus provoqué par les bactéries. Dans les cas d'infection locale, la quantité d'opsonine est au-dessous de la normale, c'est justement là la cause qui a permis aux éléments infectieux de se fixer dans les tissus ; et restant ainsi localisés, ils ne provoquent pas dans l'organisme un accroissement d'anticorps suffisant pour les détruire. Mais si à ce moment on injecte une petite quantité d'une culture stérilisée du microorganisme en cause, la quantité d'opsonine sera prompte-

ment augmentée et la réaction générale de l'organisme sera accrue au point que la guérison deviendra possible.

Cette théorie des opsonines expliquerait assez bien le mode d'action des tuberculines. Des tentatives d'immunisation avec des bacilles tuberculeux ont été faites; mais elles ont dû être abandonnées, parce que le bacille restait intact dans les tissus sans être résorbé, provoquant seulement des abcès locaux.

Ces bacilles possèdent une enveloppe cireuse, graisseuse, qui explique leur résistance aux agents chimiques et leur difficile résorption. Koch réussit enfin à rompre cette enveloppe par des moyens purement mécaniques, sans aucun agent chimique et sans grande élévation de température. Il réussit à les diviser, à les pulvériser au point que, dans la fine poudre ainsi obtenue, il n'est plus possible de retrouver sous le microscope aucun bacille.

Cette poudre bacillaire est ensuite reprise par l'eau, puis centrifugée ; on obtient ainsi un liquide faiblement teinté en jaune et un précipité blanc. Ce dernier est desséché puis trituré à nouveau, repris par l'eau et centrifugé. En répétant plusieurs fois cette opération, on parvient à réduire les bacilles en une série de solutions légèrement opalescentes. La première de ces solutions contient les substances toxiques solubles des bacilles. C'est celle que Koch a dénommée tuberculine O ou T. O.

Les autres liquides ne contiennent, à l'état de fine suspension que les matières insolubles, c'est la tuberculine nouvelle ou T. R. dont 1 c. c. contient 10 milligr. de substance solide (20 0/0 de glycérine a été ajouté aux liquides ci-dessus pour que la conservation en soit plus facile).

Dosage et mode d'emploi de la tuberculine T. R.

En général, on commencera le traitement par de très faibles doses de tuberculine (1/500 de millig. de substance solide) et si une réaction se produit déjà, on diminuera encore cette dose.

La tuberculine T. R. est fournie par une maison allemande. Le laboratoire PASTEUR fournit aussi une tuberculine en ampoules contenant la même quantité (10 milligrammes) que les flacons de tuberculine T. R. N'ayant point encore fait l'essai de la tuberculine de l'Institut PASTEUR, tout récemment mise à la disposition des médecins, nous ne parlerons ici que de celle de KOCH.

Donc chaque flacon d'un centim. cube de tuberculine T. R. contenant 10 milligr. de substance active, pour faire une première injection de 1/500 de milligr., il faudra diluer cette solution cinq mille fois. Voici comment on procédera ;

Dans une pipette d'un centimètre cube divisée en 10 parties égales ; on prend 3 divisions de la solution originelle de T. R. on ajoute 27 divisions d'une solution stérilisée de glycérine à 20 0/0. On obtient ainsi une dilution à 3/30 soit 1/10 ou 10 0/0, un centimètre cube contient un milligr. de substance active.

De cette solution à 10 0/0 on prend alors un dixième de centimètre cube et l'on ajoute de la solution de glycérine pour faire un total exact de 10 c. c. On obtient ainsi une solution plus faible soit au millième : un centimètre cube contiendra donc un centième de milligr. de T. R.

En injectant le cinquième d'une seringue de Pravaz, on aura 1/500 de millig. de T. R.

Cette faible dilution conservée au frais et dans l'obscurité reste au moins 15 jours

sans s'altérer ; mais dès qu'on voit qu'elle se trouble ou qu'il se forme des flocons, il ne faut pas l'employer.

Naturellement, les pipettes et les flacons employés pour faire les dilutions doivent être soigneusement stérilisés.

Les injections sont à peine douloureuses, elles peuvent être faites en une partie quelconque du corps, entre les deux épaules ou dans les régions fessières.

Souvent même, il m'est arrivé de faire l'injection au pourtour de l'orbite.

Il est recommandé de ne faire les injections que tous les deux jours, la réaction fébrile ne se produisant souvent qu'au deuxième jour, mais en n'employant que des doses très faibles et très lentement progressives, j'ai assez fréquemment fait des injections quotidiennes.

Il est nécessaire, avant de commencer le traitement ; d'avoir étudié pendant plusieurs jours la courbe de température du patient et de ne jamais entreprendre l'épreuve de la tuberculine, s'il y a la moindre trace de fièvre (38°). La température doit être prise 4 fois par jour et dès que l'on observe la moindre ascension thermique (0,5°), il faut cesser les injections jusqu'à ce que la température soit revenue à la normale.

Quand on arrive à des doses massives de 5 milligr. de substance active, il ne faut pratiquer ces injections que toutes les semaines, mais il est rare que des doses aussi élevées soient nécessaires.

La question des injections locales de tuberculine est très délicate. Je les crois capables de donner des résultats très intéressants, comme nous l'avons vu dans notre deuxième observation, où la réaction violente produite par l'injection eut une action salutaire en provoquant une vascularisation abondante de la cornée sclérosée, suivie d'un éclaircissement partiel, ramenant une vision appréciable.

En tous cas, il faut ne procéder à ces injections locales, sous-conjonctivales, qu'avec la plus grande prudence et avec des doses très faibles, *et surtout après avoir préalablement préparé le terrain par une longue série d'injections hypodermiques*, et avant de faire l'injection sous la conjonctive, on fera bien de la faire d'abord au pourtour de l'orbite, sous la peau de la tempe ou du sourcil.

Nous avons fait en passant une observation clinique intéressante qui, si elle se confirme par une série de faits nombreux, aurait une importance thérapeutique très grande. Nous avons vu que, chez nos trois malades traités par la tuberculine, nous avons réussi à enrayer les poussées congestives locales plus ou moins douloureuses produites par la tuberculine, en pratiquant une ou, au plus, deux injections sous-conjonctivales de 1 c. c. d'une solution aqueuse de gaïacol au 1/100. Cette solution de gaïacol se fait à chaud ; en refroidissant, elle reste claire et le gaïacol est bien dissous. Nous savons dès longtemps que le gaïacol est presque un spécifique de la tuberculose et cette propriété antituberculeuse est une sorte de contre-épreuve à la réaction provoquée par la tuberculine. Nous l'avons vu, en effet, dans notre deuxième observation, les interventions thérapeutiques les plus logiquement indiquées par l'état local : hypertonie oculaire avec violentes douleurs ordinairement combattues avec succès par les injections sous-conjonctivales d'iodate de soude et de dionine, étaient restées sans aucun effet pourtant, et tous les phénomènes ci-dessus disparurent subitement sous l'influence d'une injection sous-conjonctivale de gaïacol.

Serait-il permis de conclure de ces faits que le gaïacol administré selon un déterminisme bien étudié pourrait à lui seul guérir les tuberculoses oculaires ?

C'est peu probable, mais c'est possible et nous avons déjà vu que M. ABADIE fait de l'application du gaïacol en frictions la base de son traitement des affections tuberculeuse de l'œil. En tous cas, la tuberculine nous sera toujours précieuse comme moyen de diagnostic, et nous serons autorisés à l'employer avec plus d'assurance sachant que nous avons dans le gaïacol un moyen d'enrayer les poussées congestives locales se produisant au niveau des foyers infectieux.

TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE ET ARTHRITISME

Les arthritiques, ou prétendus tels, ne sont souvent que des tuberculeux

Par MM. Antonin PONCET et René LERICHE

L'arthritisme est une de ces vastes questions de pathologie générale qu'on aborde malaisément. Il y a si longtemps que le mot est créé, on a tant écrit, tant discuté sur la compréhension du terme, qu'il semble vraiment qu'on vienne trop tard, et qu'il n'y ait plus aujourd'hui qu'à accepter sans contrôle un dogme antique et intangible.

Et pourtant, de définition imprécise, de délimitation incertaine, la doctrine est de celles qui restent floues, malgré tout, dès qu'on s'essaye à les pénétrer. Au reste, fief exclusivement médical, le terrain n'a guère été battu des chirurgiens. Quelques-uns, comme d'aventure, y ont tenté des incursions plus ou moins suivies. Verneuil s'est efforcé d'en montrer l'intérêt dans l'appréciation des résultats post-opératoires. Richelot a voulu en établir le rôle pathogénique dans le domaine gynécologique. Ce ne furent là que des applications nouvelles d'une doctrine tout entière acceptée, sans effort vers une précision des choses ou un éclaircissement du terme.

Et si nous abordons aujourd'hui cette question, c'est qu'il nous a semblé que nos études, méthodiquement suivies, sur la tuberculose inflammatoire et le rhumatisme tuberculeux étaient de nature à jeter un certain jour sur ce problème quelque peu troublant.

Mais avant d'exposer la conception à laquelle nos travaux nous ont conduit, il nous paraît nécessaire d'établir, de façon exacte, ce qu'on entend aujourd'hui par arthritisme, de rappeler les états morbides qu'on a compris dans cette diathèse, de rejeter enfin ceux qu'on a progressivement éliminés.

De cet examen systématique, se dégagent, croyons-nous, des conclusions qui, d'elles-mêmes, indiquent la nature vraie du processus arthritique et son habituelle étiologie.

Sous le nom d'arthritisme, dit M. Chatin, dans son bref mais substantiel rapport au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (1), on a cherché à résumer d'un mot, un ensemble de parentés morbides, avec la prétention de donner à tout un groupe de maladies, les mêmes causes et les mêmes aboutissants. Essentiellement élastique, le cadre s'agrandit ou se rétrécit, suivant les variations incessantes des idées médicales régnantes.

En effet, dès l'antiquité, on désigna comme arthritiques les maladies dans les-

(1) *Les causes et les aboutissants de l'arthritisme*, par le Dr P. Chatin. Congrès de Cherbourg, août 1905.

quelles les articulations étaient atteintes : en tête figuraient le rhumatisme et la goutte. Après que Baillou les eut séparés toutes deux, l'arthritisme ce fut la goutte; puis délaissé, le mot fut oublié jusqu'au jour où Gintrac, puis Bazin lui donnèrent une nouvelle jeunesse. On connaît la large conception de Bazin. L'arthritisme est désormais autre chose que l'ensemble de quelques lésions articulaires. Maladie constitutionnelle, il se traduit par les affections les plus variées, et sévit sur tous les systèmes organiques. De lui ressortent notamment la plupart des affections cutanées, beaucoup de fluxions viscérales et toutes les scléroses indéterminées. Bref, il a la plus extensive compréhension.

Nous ne voulons pas rappeler les infortunes diverses de ces doctrines. Cela n'aurait guère qu'un intérêt d'histoire rétrospective. Et d'ailleurs, peu après, Bouchard vint bouleverser toute la théorie de Bazin et refondre l'arthritisme dans un cadre nouveau. Les diathèses régénérées par des investigations scientifiques précises, appuyées sur des postulats chimiques, reparurent modifiées, mais triomphantes. « La diathèse, c'est dès lors la prédisposition morbide, un trouble permanent des mutations nutritives qui prépare, provoque et entretient des maladies différentes comme siège anatomique, comme processus pathologique. » (Legendre.)

Il y a deux diathèses : l'arthritisme et la scrofule, qui parfois se rencontrent aux limites de leur territoire respectif. Toutes deux relèvent d'un ralentissement de la nutrition, et Bouchard, s'efforçant surtout de préciser la première, établit fortement par la recherche des parentés morbides tout un groupe de maladies arthritiques. L'obésité, le diabète, la lithiase, la gravelle, étaient les plus notoires. Petit à petit le bloc s'accroît. On y ajoute les dyspepsies indéterminées, l'entérocolite muco-membraneuse, les bronchites à répétition, l'asthme, etc., et pas mal des arthritides cutanées de Bazin.

A cette époque, l'arthritisme, diathèse bradytrophique, domine toute la pathologie. Il serait plus facile d'énumérer ce qui n'y doit pas rentrer que de dire ce qui n'y a pas été placé (Chatin).

Voisinant la conception de Bouchard, les théories de Hallopeau, de Lancereaux ont des cadres aussi extensifs. Pour eux aussi, les diathèses sont presque tout « l'herpétisme, dit Lancereaux, dans une comparaison connue, pourrait être représenté par un abre prenant ses racines dans le système nerveux et d'où partirait toute une série de branches plus ou moins malfaisantes. Les premières branches... seraient représentées par les affections spasmodiques ou névralgiques, le prurit, la migraine, par les troubles vaso-moteurs, fluxions sanguines, épistaxis, hémorrhoïdes, etc., etc., viendraient ensuite d'autres branches... qui seraient représentées par les troubles trophiques du cuir chevelu, des ongles et de la peau ; puis d'autres plus élevées pour les désordres de même ordre portant sur les articulations (rhumatisme chronique), les aponévroses (rétraction de l'aponévrose palmaire) et les tendons (rétraction tendineuse), sur les veines (varices) et les artères (artério-sclérose). Cette dernière branche donnerait naissance à son tour à un certain nombre de rameaux : dystrophie cardiaque et asystolie, dystrophie rénale et urémie, dystrophie cérébrale (démence), hémorragie et ramollissement du cerveau (apoplexie et hémiplégie. Enfin, deux branches des plus importantes, effets d'un désordre de nutrition générale, viendraient quelquefois s'ajouter aux précédents : l'anémie et la glycosurie. »

Mais, comme tant d'autres doctrines qui au moment de leur apogée, sont à la veille de leur déchéance, la savante et séduisante conception de Bouchard fut

d'éphémère durée. Chaque jour elle s'effrite. Sous l'influence grandissante des recherches microbiennes, on enlève, petit à petit, de la diathèse arthritique tout ce que les années y avaient accumulé : les rhumatismes, le diabète, l'obésité, les lithiases, etc.

Au début, ce furent les affections mêmes qui lui avaient valu son nom ; le *rhumatisme articulaire aigu*, maladie microbienne, d'étiologie encore incomplètement connue, les *pseudo-rhumatismes* isolés par Bouchard lui-même, les *rhumatismes chroniques* dont la nature infectieuse s'affirme de plus en plus (Barjon). Parmi ces derniers, un groupe restait encore indestructible ; le rhumatisme tuberculeux l'a fortement entamé et le rhumatisme diathésique disparaît.

Si l'on ajoute à cela que la *goutte*, en tant que maladie de la nutrition, est, en ce moment, très discutée, on reconnaîtra avec Chatin que « le groupe arthritisme s'est singulièrement rétréci au point de vue des manifestations articulaires qui en constituaient jadis la base fondamentale. »

Et il en va de même des autres types morbides dit arthritiques. Le *diabète* a été morcelé ; les glycosuries secondaires, le diabète pancréatique, les diabètes infectieux sont les épaves bien vivantes de ce morcellement.

Chaque jour affirme plus nettement l'origine infectieuse de la *lithiase biliaire* et la nature parasitaire ou toxi-microbienne des *dermatoses arthritiques*.

L'*obésité*, qui semblait devoir rester, jusqu'à nouvel ordre, le type des maladies par ralentissement de la nutrition, est elle-même aujourd'hui fortement sujette à caution. On doit la considérer maintenant comme un syndrome reconnaissant des causes diverses, très précises, et il faut, à côté des polysarcies héréditaires ou alimentaires, décrire des obésités glandulaires dues à l'altération des glandes qui, normalement, équilibrent le budget nutritif de l'organisme, des obésités toxiques, et surtout des obésités infectieuses.

Bref, de l'arthritisme, semble-t-il, il ne reste rien ou presque rien.

Et pourtant, telle est la puissance d'un mot heureusement choisi, il est peu de termes aussi courants en médecine. Il n'est pas de pathogénie mystérieuse et méconnue où la diathèse ne soit incriminée. C'est d'elle qu'on fait relever tout ce qu'on ne comprend pas ; c'est elle qui est à l'origine de toutes les lésions, congestives, fugaces, c'est elle qui engendre toutes les scléroses diffuses ou localisées dont la nature n'apparaît pas franchement. Ses manifestations sont si multiples, que tout le monde, pourrait-on dire, a été arthritique un jour ou l'autre, ou le deviendra pour les besoins de la cause.

La diathèse démembrée intervient encore dans toute la pathologie. Il y a là une antinomie qu'il faut expliquer. La raison en est dans un lien commun anatomo-pathologique. La plupart des lésions toxi-infectieuses qu'on y avait groupées ont plus qu'une parenté morbide imprécise, elles ont le même substratum anatomique : sclérose histologiquement banale, à marche progressive, coupée parfois d'épisodes aigus, relevant de flux congestifs subits et fugaces. L'arthritisme est avant tout la diathèse fibreuse. Les maladies à type fibreux seront donc des maladies arthritiques. Ainsi en sera-t-il de l'asthme, de l'emphysème, etc. C'est pour cela que les rétractions tendineuses et aponévrotiques seront les stigmates indélébiles de l'insaisissable diathèse.

Qui ne voit l'indigence de ce raisonnement spécieux : Tout ce dont on ne connaît pas l'essence est arthritique parce que fibreux, et fibreux parce qu'arthritique !

Mais il y a plus. Cette tendance sclérogène, qui est le lien commun de tant d'affections disparates et fait grouper dans une même famille des malades si divers, leur est, au demeurant, favorable : les arthritiques trouvent une compensation à leurs infirmités dans leur immunité vis-à-vis de la tuberculose. Les deux diathèses se combattent, leurs tendances sont inverses ; elles voisinent rarement, se mêlent pourtant quelquefois et alors ceci vaincra cela ; la phtisie des arthritiques est rare, elle demeure bénigne, et n'évolue que lentement. Il n'y a pas seulement entre elles antagonisme de nature et de terrain, il y a antagonisme d'évolution.

Telles étaient les notions classiques il y a peu de temps encore. Mais, peu à peu, on a reconnu que le bacille de Koch pouvait germer et poussait souvent sur les terrains fibreux. Les arthritiques sont moins indemnes qu'on ne l'avait cru. Du fameux antagonisme, seul a persisté celui d'évolution. La phtisie n'est pas rare chez les arthritiques, dit-on maintenant, mais elle y pousse mal, le terrain ne s'y prête pas.

D'aucuns se déclarent satisfaits d'une telle explication qui, en réalité, n'explique rien. Qu'est-ce qui prépare le terrain ? Pourquoi certaines gens font-ils de la sclérose avec tant de facilité ? Quelle est, si l'on veut, la cause de leur arthritisme ?

Un microbe spécifique, dit Guyot, le diplocoque rhumatismal, dont la porte d'entrée est variable et les localisations multiples. Mais ce cadre trop étroit ne saurait convenir à une maladie aussi vaste que l'arthritisme. La pathologie est mal à l'aise dans une théorie spécifique.

Une doctrine plus large, plus extensive a été proposée par Gilbert. Parti de la cholémie et de la famille biliaire, il considère l'arthritisme comme résultant d'une auto-infection d'origine intestinale, par des microbes multiples, produisant des arthropathies variées, des scléroses viscérales et des troubles généraux, qui donnent, plus ou moins, l'ensemble des maladies diathésiques et créent le terrain arthritique.

Pour nous, il faut être plus électique encore. Les faits si divers dont l'étude analytique est improductive et dont le groupement laisse une impression clinique qui se définit mal, sont l'aboutissant de toxi-infections variées. L'arthritisme est un syndrome que toute cause longtemps agissante peut lentement produire et même fixer héréditairement. Toute infection ou intoxication larvée réalisera, au maximum, les conditions de production de la diathèse ; petit à petit les humeurs modifiées remanieront le terrain et feront arthritiques ceux qui n'en avaient antérieurement nullement les tares. Ainsi fait le diplocoque rhumatismal qu'invoque Guyot. Ainsi intervient l'auto-infection intestinale que démontre Gilbert. Ainsi agit avant tout la tuberculose.

C'est cette dernière proposition, un peu surprenante, que nous voudrions maintenant développer.

Nous avons déjà soulevé brièvement les relations si souvent discutées de la tuberculose et de l'arthritisme. Nous avons rappelé que la phtisie des arthritiques n'était pas aussi exceptionnelle qu'on l'avait cru. Il y a davantage.

Quand on recherche systématiquement la tuberculose dans les antécédents de tous les malades porteurs d'une des affections dites autrefois arthritiques, ou encore aujourd'hui considérées comme telles, on la trouve avec une remarquable fréquence.

L'histoire du rhumatisme tuberculeux est trop récente pour qu'on ait oublié la régularité avec laquelle les rhumatisants subaigus ou chroniques sont des tuber-

culeux : 50 fois pour 100, disent J. Teissier et G. Roque dans leur dernier article (1). Nous renvoyons à nos communications antérieures à l'Académie sur ce point (2).

Dans le diabète la notion est classique. La mort par tuberculose a frappé tous les observateurs qui ont écrit sur les rapports des deux maladies. A une phrase tardive, la coexistence des deux maladies est presque de règle.

De même, la tuberculose et l'obésité, voisinent assez volontiers pour avoir, bien des fois, attiré l'attention des médecins. Il est de notion vulgaire que les bacilloses locales s'accompagnent habituellement d'une lipomatose marquée. On sait aussi combien souvent on trouve des stéatoses viscérales chez les phtisiques. On comprend, à priori, qu'il en soit de même pour certaines adiposités généralisées. Expérimentalement, dit P. Carnot (3), on peut réaliser, avec le bacille de Koch, aussi bien l'adipose diffuse que l'adipose locale. Lui-même aurait ainsi obtenu, par injection sous-cutanée d'une culture tuberculeuse peu virulente, des augmentations progressives de poids, au lieu de l'amaigrissement habituel. Cliniquement, au reste, à maintes reprises, différents auteurs avaient attiré l'attention sur la conservation de l'embonpoint au cours de certaines tuberculoses florides. Laënnec en parlait déjà. Sarda et Vires, Lemoine et son élève Martin (4) ont, plus près de nous, minutieusement décrit les phtisiques gras. Daremberg insiste sur l'engraissement trompeur par lequel débute parfois la tuberculose chez les rhumatisants et les goutteux. En art vétérinaire, enfin, on sait bien que certains animaux, primés et médaillés, réagissent à la tuberculine et montrent, à l'autopsie, une tuberculose ganglionnaire ou viscérale.

Si nous envisageons maintenant les anciennes dermatoses arthritiques, combien n'en a-t-on pas, de nos jours, rattachées à la tuberculose ? Là, plus que nulle part ailleurs, la tuberculose a gagné tout ce qu'a perdu l'arthritisme. La remarquable étude de Pautrier (5), en faisant le bilan des tuberculoses cutanées atypiques a, récemment, montré combien vaste était, en réalité, le champ autrefois si réduit, des lésions phymiques en dermatologie (6).

Nous rappelons enfin les relations si communes de la rétraction de l'aponévrose palmaire, un des trépieds de la diathèse, avec la tuberculose. A notre instigation, Perdrizet (7), dans sa thèse en montrait la réalité et apportait 9 observations à l'appui de ses conclusions. Depuis lors, nous avons pu recueillir plusieurs nouveaux faits démonstratifs (8), et Bouygues (9), dernièrement, s'appuyant sur des

(1) J. Teissier et G. Roque. *Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert (Paris, 1905).
(2) A. Poncet. *Acad. de médecine*, 1901, 1902, 1904.
(3) P. Carnot. *Bulletin médical*, 1906, n°s 25 et 27.
(4) Nous empruntons ces détails à l'intéressant travail de Carnot et à la thèse Labrévoit, Paris, 1906.
(5) Pautrier. Thèse de Paris, 1903.
(6) Dès 1902 (*Rhumatisme tuberculeux abarticulaire*. Acad. de méd., juillet 1902), nous appelions l'attention sur les dermatoses tuberculeuses : exanthèmes, purpura, érythème noueux, œdèmes, circonscrits, diffus, etc., relevant d'un processus tuberculeux simplement inflammatoire.

Nous rappelions, à ce propos, les beaux travaux d'Hallopeau, Darier, Brocq, etc. Depuis lors, notre conception de la tuberculose inflammatoire a donné la clef, dans maintes circonstances, d'un grand nombre d'affections cutanées : eczéma, impétigo, psoriasis, etc., etc., qui, elles aussi, constituent bien plutôt des syndromes que des maladies déterminées.

De telles observations, dont nous recueillons chaque jour des exemples, ne sont pas rares. Pour se convaincre du rôle étiologique important de la tuberculose inflammatoire dans les maladies de la peau, il suffit, au lit du malade, d'y songer, et cela quels qu'en soient les caractères des lésions, quelle que soit leur rubrique diagnostique.

(7) Perdrizet. Thèse de Lyon, 1904.
(8) Gabourd. Soc. nat. de médecine de Lyon, 13 novembre 1905. Maillard. *Médecine moderne*, 1905, n° 26.
(9) Bouygues. *Arch. gén. de méd.* 2 octobre 1906.

observations personnelles, pouvait écrire : « la maladie de Dupuytren n'est pas une manifestation de la diathèse arthritique ; elle est de nature paratuberculeuse et reconnaît deux facteurs : une cause occasionnelle, le traumatisme ; une cause efficiente, la tuberculose. »

Mêmes réflexions seraient de mise pour la « *Camptodactylie, stigmate organique précoce du neuro-arthritisme* » (1). On sait que, sous ce nom et avec cette signification clinique, Landouzy étudie depuis longtemps une inflexion, permanente, irréductible, d'un ou de plusieurs doigts, avec intégrité absolue des articulations phalangiennes et des aponévroses palmaires. La camptodactylie de l'auriculaire est fréquente chez les tuberculeux, même chez ceux qui ne sont point entachés de diathèse fibreuse.

Enfin, les tuberculoses les plus atténuées, comme la scrofule, sont elles-mêmes, maintes fois, en relations avec l'arthritisme. Le fait nous paraît indéniable, dit Legendre (2) : « Les fils des goutteux et des diabétiques, c'est-à-dire les arthritiques les plus typiques, sont souvent scrofuleux. Les enfants des arthritiques sont très disposés, pendant leurs premières années, aux mêmes manifestations fluxionnaires et catarrhales des téguments et des muqueuses, que les scrofuleux, fils de scrofuleux. La seule différence entre les uns et les autres, c'est que la résolution de ces affections banales chaque fois complète chez les arthritiques demeure imparfaite chez les scrofuleux... Cependant, prenez un jeune scrofuleux, ayant déjà l'habitus caractéristique ; placez-le dans de bonnes conditions d'hygiène, vous le guérissez... Mais ces scrofuleux guéris feront dans l'avenir une évolution vers l'arthritisme. Il ne sera pas rare de voir apparaître chez eux le rhumatisme, la goutte, le diabète. »

Après toutes ces constatations, une conclusion s'impose, croyons-nous : rien n'est si commun dans l'histoire des arthritiques que la tuberculose plus ou moins latente. Dès lors, on est conduit à se demander si, souvent, leurs lésions ne sont pas l'expression d'une tuberculose peu virulente ?

La tuberculose inflammatoire (3) a le même schéma anatomique que l'arthritisme : Hyperémie primitive, inflammation secondaire, sclérose finale. Tous deux apparaissent avec les mêmes constantes cliniques, chez des sujets porteurs de tuberculoses frustes, larvées, qui veulent être cherchées et souvent n'apparaissent manifestement que très tard.

Pour tous, la phtisie viscérale est alors une complication fâcheuse, précipitant le dénouement. Etant données les lois de coïncidence habituelle dont nous avons parlé, n'y a-t-il pas lieu de renverser complètement la proposition et de voir, dans la tuberculose, non point un épisode clôtural, mais la maladie initiale, d'abord cachée, ne se traduisant à la périphérie que par des lésions spécifiques et banales en apparence, puis, jetant plus ou moins brusquement le masque, pour prendre enfin l'aspect classique, granulique ou caverneux.

La tuberculose ne peut plus tenir aujourd'hui dans l'étroite formule du passé. Anatomiquement, nous avons montré que le tubercule n'était plus le minimum exigible pour pouvoir en prononcer le nom. Bactériologiquement, Arloing a établi que par divers artifices de laboratoire, on obtenait des bacilles de virulence

(1) LANDOUZY. *Presse médicale*, 21 avril 1906.
(2) LEGENDRE. In. *Traité de médecine*, p. 313, t. 1.
(3) A. PONCET et R. LERICHE. Tuberculose inflammatoire. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 30 mai 1905.

de plus en plus faible, et qu'à ces bacilles, de moins en moins actifs, correspondaient des lésions de moins en moins spécifiques, jusqu'à devenir franchement banales.

Quand on transporte ces données sur le terrain clinique, on en trouve journellement l'application intégrale. L'histoire d'un tuberculeux n'est pas réductible à la phtisie pulmonaire qui l'emporte ; elle commence souvent, aux débuts même de sa vie, par une scrofule dont il triomphe. Elle se poursuit par une série de manifestations variées, très atypiques, dont on méconnaît la nature et qu'on dit arthritiques ; elle s'achève, un jour, par des lésions du sommet. Atténués tout d'abord et peu virulents pendant longtemps, les bacilles prennent tardivement une activité plus grande à l'heure où une déchéance organique quelconque vient donner un terrain favorable à leur pullulation rapide.

Le tubercule est une néoplasie inflammatoire à double tendance fibreuse et caséeuse. La tendance fibreuse, il ne l'a pas qu'autour de lui. Par les toxines diffuses du microbe causal, il réagit à distance et fait partout de la sclérose qui prédomine en différents points ou sur certains appareils, variables avec les individus. Tous les anatomistes connaissent cette densification des tissus fibreux chez les tuberculeux. Pourquoi vouloir la méconnaître en clinique ? Pourquoi surtout chercher à les expliquer par l'intervention providentielle d'un agent nouveau, l'arthritisme, que nul ne connaît ? N'est-il pas simple, plus conforme à la vérité clinique, de rattacher entre elles toutes ces lésions plus ou moins semblables, et d'établir une filiation continue, un même lien causal, toutes choses du reste, que tendent à imposer, de plus en plus, et l'examen des malades, et les recherches du laboratoire (1).

Ainsi donc, fréquemment, les lésions dites arthritiques ne sont que l'expression de tuberculoses locales bénignes, et si le mot arthritisme doit être encore conservé, il ne doit pas avoir d'autre signification que celle de terrain vacciné contre une tuberculose maligne.

Il y aurait, d'après cela, *de grands et de petits tuberculeux.*

Les *grands tuberculeux* ont des formes sévères, plus ou moins rapidement mortelles. Les *petits tuberculeux* présentent des formes bénignes, promptement fibreuses, formes arthritiques si on le désire, mais avec toutes les réserves que nous avons faites. Les premiers succombent après quelques mois, quelques années ; les seconds durent parfois indéfiniment, comme s'ils s'immunisaient progressivement contre une infection virulente.

(1) Cette note ne comporte pas la publication d'observations détaillées dont elle n'est, du reste, cela va sans dire, qu'une résultante. Nous possédons de nombreux faits confirmatifs de nos idées, mais dans une question de pathologie générale aussi étendue, ils ne pouvaient trouver place sans nous entraîner au delà des limites que nous devions nous imposer dans une communication à l'Académie.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 janvier 1907

Présidence de M. St-Yves-Ménard

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 29 1909

M. Chevalier, à propos du procès-verbal, fait ressortir que les assertions de M. Huchard concernant le prétendu antagonisme entre l'action physiologique des saponines et celle de la digitaline ne sont pas conformes aux résultats que donne l'expérimentation.

L'action des saponines est presque semblable à celle de la digitaline : ces produits influencent comme elle le myocarde, mais, à l'état frais, ils présentent des effets extrêmement irritants. Il est d'ailleurs aisé de les rendre moins irritants par les procédés usuels en pareil cas : le vieillissement provoque une diminution des effets irritants et des effets diurétiques légers.

M. Bardet donne lecture d'une lettre concernant une série de plantes exotiques non utilisées dans la pratique courante : elle est due au Pr Darragon, de Bahia (Brésil). L'auteur cite une série de plantes médicinales possédant des propriétés pharmaceutiques, que les indigènes emploient couramment et dont les effets sont remarquables dans la syphilis, la lèpre, etc. Un examen consciencieux dans un laboratoire d'Europe permettrait de fixer la valeur de ces plantes, dont il est facile de préparer des extraits, teintures, etc.

M. Bardet lit une note concernant la *préparation des solutions métalliques de Bredig*, utilisées en thérapeutique.

Il faut distinguer entre ces produits et les colloïdes métalliques (itrol, collargol), avec lesquels on a voulu les confondre. Ces derniers représentent des combinaisons de métaux à l'état acide avec des bases, d'où il résulte que le métal, contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire, s'accumule au pôle positif quand on fait l'électrolyse. Les solutions de Bredig et Frillat sont des diastases ou ferments métalliques, dans lesquelles le métal se trouve en un état de division extrême, à un titrage très faible.

On obtient des solutions de ce genre avec des métaux peu oxydables : pour l'argent, par exemple, le titre maximum est de 0,03 gr. par litre d'eau. Ces solutions ne se conservent que pendant 3 à 4 semaines, et les molécules métalliques s'y trouvent animées d'un mouvement brownien très marqué. Au bout de quelques temps, ces molécules s'agrégent, deviennent des grains plus lourds qui tombent au fond du récipient, et la solution se trouve ainsi modifiée et perd ses propriétés caractéristiques.

M. Chassevant a essayé, il y a 3 ou 4 ans, de reprendre les expriences de Bredig : il a pu reconnaître que ces solutions sont absolument semblables au collargol : il faut, pour les préparer, se servir de préférence de gomme : dans ces conditions, on peut en obtenir même avec des métaux très oxydables, tels que le cuivre ou le fer, en utilisant l'arc électrique refroidi.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE
Médecin des Hôpitaux

Traitement de la fièvre typhoïde, par STADELMANN (*Deutsche med. Wochenschrift*, nos 47 et 48, 1906). — L'auteur n'estime pas que jusqu'à ce jour on ait obtenu de grands résultats avec la sérothérapie : en revanche, on peut au début, en administrant 2 à 3 doses de 0,20 à 0,30 gr. en 24 heures, éliminer une quantité notable de germes infectieux. Plus tard, cette médication n'exerce plus aucun effet curatif.

Au point de vue du régime, composé de lait et œufs principalement, l'auteur recommande de ne pas oublier les gélatines, données sous forme de gelées de fruits ou de viandes. Les corps gras, en dehors de la crème, sont à éviter ; les hydrocarbures seront représentés par le sucre.

En général, on s'abstiendra de donner des eaux minérales. L'alcool doit être considéré, au point de vue spécial de la fièvre typhoïde, comme un narcotique dangereux, utilisable seulement à faibles doses comme excitateurs de la sécrétion stomacale et à titre d'aliment. Son action antithermique est nulle. Le malade présente du reste en général une grande répugnance pour l'ingestion d'alcool.

Le traitement par les bains froids ne doit plus être considéré aujourd'hui comme un simple antithermique, son action sur l'état général, la tonicité cardiaque, la diurèse, etc., est autrement importante : il est inutile de se guider d'après le thermomètre pour faire intervenir la balnéation, qui se réduira à 2 à 3 bains de 30 à 32° par jour, de 10 à 20 minutes de durée. Il faut du reste remarquer que la courbe thermique de la fièvre typhoïde s'est notablement modifiée dans les 20 dernières années, selon l'auteur : la fièvre présente un caractère rémittent marqué, sans que l'affection soit pour cela moins dangereuse.

Quand les bains sont contre-indiqués, on peut faire des lavages à l'eau froide ou vinaigrée (1 :4), toutes les 2 ou 3 heures. Chez les alcooliques et les agités, les bains de 6 à 10 heures de durée, de 31 à 34°, exercent une action calmante manifeste.

Le traitement balnéaire sera supprimé en cas d'hémorragie intestinale, de péritonite, de péricardite, d'artériosclérose, etc. ; en cas d'otite ou de laryngite, on évitera la pénétration de l'eau dans les organes atteints.

L'auteur, après de nombreux essais, a renoncé à administrer des antithermiques : l'antipyrine provoque des vomissements, la phénarétine diminue l'appétit, etc. : seule, la lactophénine semble faire exception.

Pour combattre l'excitation du système nerveux central, on peut faire le soir des injections de morphine (0,01 gr.), sans aucun inconvénient. L'asthénie cardiaque est justiciable des injections d'huile camphrée ou de salicylate de soude et caféine (une à deux seringues de Pravaz toutes les 2 heures d'une solution à 2 : 10).

Les diarrhées profuses seront enrayées par le laudanum en lavement : le météorisme exagéré cède souvent au salicylate ou sous-nitrate de bismuth ou à un enveloppement de Priessnitz. En cas d'hémorragie intestinale, on supprime l'alimentation, on place une vessie de glace sur le ventre. Les injections de solution à 2-5 0/0 de gélatine très pure, dont on injecte 4 gr. de gélatine à la fois à la première injection, et plus tard 2 fois 2 gr., en un ou 2 jours, ainsi que l'adrénaline à 1 : 1.000 (10 gouttes toutes les 2 heures), n'ont pas, malgré de nombreux essais, donné de résultats bien satisfaisants à l'auteur. Il arrive parfois que des épistaxis abondantes, se vidant par le pharynx, simulent des hémorragies intestinales : on les combattra par le tamponnement des fosses nasales.

Le pronostic des perforations intestinales reste extrêmement grave : l'auteur n'a jamais recouru à l'intervention chirurgicale.

La prophylaxie par le matelas à eau constitue le meilleur traitement du décubitus : s'il apparaît néanmoins, on le traitera par une pommade au baume du Pérou à 1 : 30.

Au cours de la convalescence, on ne permettra la viande que vers le 10e jour au plus tôt, et l'alimentation normale que vers le 21e jour.

On sera très prudent au point de vue de la reprise du travail : il faut accorder un repos de 1 à 2 mois avant de permettre au sujet de reprendre ses occupations.

E. Vogt.

Traitement de l'influenza par la quinine, par Sir W. Broadbent, (*The Practitioner*, janvier 1907. — A l'époque de la première invasion de l'influenza, l'auteur a trouvé que le meilleur médicament était la quinine. Il prescrivait alors la quinine et l'acétate d'ammonique. Dans les attaques foudroyantes, dans lesquelles le sujet était comateux, une forte injection hypodermique de bromhydrate de quinine dissipait complètement l'état d'inconscience.

Comme doses prophylactique, l'auteur prescrit 0,12 centigrammes de quinine tous les matins pendant la durée de l'épidémie et le résultat lui a semblé bon. Parfois ceux qui prenaient de la quinine contractraient bien aussi l'influenza, mais la prédisposition persistait manifestement diminuée.

Sir Broadbent cite ainsi comme exemple le cas d'une école de filles où tous les matins les élèves et les maîtresses prenaient leur dose de quinine, les domestiques négligeaient cette précaution, or, toutes celles-ci furent atteintes d'influenza, tandis qu'il y eut à peine quelques cas chez les élèves et les maîtresses.

L. Jumon.

Maladies générales non infectieuses

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Signification de quelques hypertrophies de la glande thyroïde ; leur traitement, par M. A. F. Martin (*The British med. Journal* 22 sept. 1906). — L'auteur désire séparer des tumeurs chirurgicales de la glande thyroïdienne toute une série d'accroissements de cet organe où l'élément hypérémique semble dominer et qui ont reçu de Robinson le nom de « thyréocèles ».

Tantôt le diamètre total est élargi, tantôt et le plus souvent, il y a prédominance du gonflement d'un côté du cou. La majorité de ces tumeurs est de consistance homogène, plutôt molle : quelques-unes ont des nodules ou épaississements. Une partie seulement des malades atteints présente des altérations morbides ; les autres paraissent en bonne santé. Pas de troubles nerveux, pas d'exopthalmie. Rarement, quelques signes faisant soupçonner le myxœdème.

Quelle est la pathogénie de ces thyréocèles ? Robinson déclare qu'elles sont temporaires et ne méritent pas le nom de goîtres. Mais des congestions répétées conduisent cependant la glande à un état pathologique réel ; c'est lorsque les cellules s'accroissent par une augmentation de l'activité physiologique, au point de devenir une cause de compression pour les vaisseaux qui rampent dans leur intervalle. Les alvéoles se distendent alors et l'on a le *goître parenchymateux*. Si le stroma fibreux prédomine et qu'il se forme des cavités, on a le *goître kystique ou bronchocèle*. Les cas actuellement en discussion, loin de présenter ces caractères, sont caractérisés par l'accroissement de volume pur et simple. Cette modification de l'organe étant généralement bénigne on n'a pu établir par la biopsie la véritable cause. Mais, selon l'auteur, des considérations pathogéniques permettent d'en concevoir la nature. Son étude s'exerce donc sur toutes les altérations qui s'observent pendant le développement de l'individu depuis l'enfance. Les conditions de la mauvaise hygiène ont une répercussion évidente sur la sécrétion thyroïdienne. La vie dans l'air confiné des écoles, le mauvais fonctionnement des excrétions possèdent une influence incontestable. Aussi les filles, sujettes à la constipation, y sont-elles beaucoup plus sujettes. M. Martin cite également les troubles liés à l'établissement de la menstruation ; il a vu cinq fois la thyréocèle coïncider avec l'arrêt des règles. La *puberté* est donc l'âge particulièrement favorable et l'influence *héréditaire* éclate dans les statistiques. C'est le plus souvent la mère qui transmet cette disposition au goître ; souvent aussi les tantes maternelles. Enfin frères et sœurs dans une même famille présentent la même affection, au point que Jenko (de Philadelphie),

a pu noter l'histoire de deux sœurs qui furent atteintes pendant que s'établissait la menstruation et qui guérirent toutes deux en même temps qu'elles parvenaient à la nubilité. Ces rapports entre l'établissement régulier de la menstruation et la disparition des gonflements est la preuve palpable qu'il s'agit là de phénomènes secrétoires et d'ordre physiologique. C'est à l'école française que l'on doit d'avoir pu établir l'influence non moins grande de *l'état de grossesse*. N. Guillot, Luton, Tarnier, appelèrent l'attention sur ce point. La thyréocèle survient particulièrement dans le 5e mois de la grossesse ; elle s'établit sans trouble apparent. Lorsqu'elle se répète à chaque grossesse consécutive, elle laisse une augmentation de volume de plus en plus marquée. Les sujets s'acheminent parfois vers le myxœdème, infiniment plus fréquent chez les femmes que chez les hommes.

La *chlorose* est accompagnée de lésions hypertrophiques de la glande thyroïde dans un nombre élevé de cas, sans qu'il y ait un rapport certain avec le degré d'altération des globules sanguins. Tantôt le gonflement est dur, tantôt il est mou. Enfin il existe des causes endémiques et l'eau de certaines villes dont l'auteur fait l'énumération semble jouer un rôle direct dans la production de cette altération glandulaire.

Traitement. — Le traitement, s'il est appliqué dans les premiers stades, exclut l'intervention sanglante. On arrive aujourd'hui à faire disparaître ces tumeurs en modifiant les conditions pathogéniques qui les entretiennent, lorsqu'il dépend de nous (hygiène, alimentation), et surtout en administrant des remèdes qui, remplaçant les éléments faisant défaut dans la sécrétion interne, soulagent l'activité de la glande, dit l'auteur, et lui permettent un repos favorable à son retour à l'état normal. L'iode, intra et extra est la base de ce traitement. Mais M. Martin désire surtout préconiser l'*extrait thyroïdien*, qu'il a fait tolérer à très forte dose, en surveillant son administration. Sur 40 cas, il a eu 12 guérisons complètes et 13 améliorations très sensibles. L'effet commence à se produire au bout de trois semaines. Il débute par l'extrait sec et augmente graduellement, jusqu'à ce que l'accélération du pouls et ses changements de caractère indiquent un commencement de « thyroïdisme ». L'idiosyncrasie des sujets joue d'ailleurs un très grand rôle dans la tolérance pour cet agent opothérapique, qui est actuellement le plus puissant.

A. Benoit.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu, par Talmage, (*Merck's Archives*, déc. 1906,). — Au point de vue pratique, le traitement de cette maladie est symptomatique, constitutionnel, prophylactique.

Comme traitement, l'auteur recommande les badigeonnages des articulations avec de l'essence de gaultheria et l'enveloppement. Au bout de trois jours, un massage et des mouvements passifs trois fois par jour, et dans l'intervalle une onction avec un pansement composé d'ichthyol, de lanoline et d'essence de gaultheria. Pour abaisser la température, lotionner sur tout le corps avec de l'eau alcoolisée tiède.

Comme traitement général, l'acide salicylique a une action spécifique : l'auteur prescrit une cuillérée à thé toutes les trois heures de la préparation suivante :

Acide salicylique	2.50
Bicarbonate de soude ..	2
Glycérine	12
Eau de Gaultheria	60

On attend la fin de l'effervescence et on filtre.

On peut encore donner à l'intérieur les capsules d'essence de gaultheria. Comme purgatif, du calomel, suivi de citrate de magnésie. Tous les matins, le malade prendra dans un verre d'eau le paquet suivant :

Phosphate de soude ...	4 gr.
Benzoate de soude	0,30
Bicarbonate de soude ..	0,60

pour un paquet.

On combattra l'anémie par les préparations ferrugineuses et arsenicales.

C'est l'hygiène qui répond aux indications prophylactiques, qui se résument dans un milieu sec, dans le bon entretien des fonctions des reins et de l'estomac. Le malade évitera les sucreries, les pâtisseries, l'alcool.

L. Jumon.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des Hôpitaux.

La ligature non absorbable en chirurgie pelvienne, par Fr. Hammond (*Annales of gynec. and. ped.*, déc. 1906). — Depuis l'introduction de la ligature en chirurgie par

Ambroise Paré, la matière des ligatures est encore un sujet de discussion, bien qu'on penche de plus en plus pour une matière absorbable. La ligature a cet effet de rupturer la tunique interne, de sorte que les surfaces de ruptures étroitement accolées par la ligature prolifèrent rapidement. Une fois que la fermeture par le processus vital est effectuée, la matière employée devient un corps étranger qui peut être dangereux par sa présence.

Si on persiste à employer la soie il y a certaines conditions à observer pour réduire au minimum les dangers d'une ligature non absorbable. On ne doit employer que la soie finement tressée et ne lier que de petites masses de tissu.

La toilette du péritoine doit être rigoureuse et le drainage limité dans son emploi. Si après une opération abdominale il y a une fistule et qu'on a employé la soie, il est probable qu'un nœud de soie se trouve au fond du sinus. On essayera alors de retirer ce nœud avec un crochet. Il est imprudent toutefois d'explorer un sinus avant plusieurs semaines après l'opération. Des ligatures non absorbables peuvent être expulsées plusieurs mois et même plusieurs années après la guérison par première intention. C'est qu'une matière étrangère qui était aseptique au moment de l'opération s'est infectée dans la suite par les bactéries provenant du sang. A ces divers points de vue les ligatures non absorbables doivent être rejetées. L'auteur appuie son opinion sur trois cas dans lesquels il fallut retirer des anses de soie un et deux ans après l'opération. C'est donc le catgut qu'il faut employer, comme constitué par une matière absorbable et très sûre.

L. JUMON.

L'ichtyol dans le traitement des phlegmons et des infections post-opératoires, par A. MARRO (*Giorn. della Accad. di med. di Torino* 1906, N° 8-10). — Dans le service de A. Carle, professeur de clinique chirurgicale opératoire à l'université de Turin, on emploie, depuis une dizaine d'années et avec d'excellents résultats, le pansement à l'ichtyol contre toute sorte d'inflammations phlegmoneuses et d'infections post-opératoires. Voici comment A. Marro, assistant dudit service, décrit les détails de ce traitement :

A-t-on affaire à de simples infiltrations phlegmoneuses, il suffit de panser à la tarlatane imbibée de glycérine ichtyolée à 20 0/0, qu'on recouvre de papier caoutchouté, puis d'une couche de coton. On fixe par des tours de bande, modérément serrés. En quelques heures, le malade est soulagé de telle sorte qu'il ressent un bien-être général et peut dormir.. La température tombe et continue à décroître jusqu'à la guérison complète. La rougeur et la tuméfaction inflammatoires se dissipent graduellement ; enfin, les douleurs provoquées par la pression et les mouvements disparaissent également.

S'agit-il de phlegmons suppurés, il faut d'abord donner issue au pus, et porter ensuite l'ichtyol dans la profondeur des tissus atteints. A cet effet, on pratique, au niveau de l'abcès, au moyen du thermocautère, une ou plusieurs petites incisions, suffisamment profondes pour faire communiquer la poche purulente avec l'extérieur : on évacue le pus par simple pression ou, si besoin est, par aspiration : on introduit un ou plusieurs drains par lesquels on injecte de la glycérine ichtyolée à 20 0/0 qui est ensuite évacuée à son tour ; enfin, on applique le pansement ichtyolé déjà décrit. L'effet est tout aussi favorable, sinon plus, que dans les phlegmons non suppurés. Chaque jour et, dans certains cas, deux fois par jour, on change le pansement, c'est-à-dire on enlève les drains, on donne issue aux produits de sécrétion qui n'ont pu s'écouler spontanément, on injecte la glycérine ichtyolée, on replace les drains et l'on panse comme précédemment.

On enlève définitivement les drains et l'on cesse les injections de glycérine ichtyolée le jour où la sécrétion purulente se tarit et où les trajets fistuleux se remplissent de granulations. Quant au pansement à l'ichtyol, on en continue l'usage jusqu'à disparition complète de toute induration inflammatoire laquelle, comme on sait, persiste un certain temps même après cicatrisation des orifices d'écoulement du pus.

L'ichtyol employé ainsi qu'il vient d'être dit agirait comme excitant de la vitalité des tissus plutôt que comme antiseptique. Aussi par ce procédé obtiendrait-on les plus belles cicatrices et éviterait-on la production de hernies musculaires transaponévrotiques, de parésies par lésions des nerfs et de toute gêne fonctionnelle des tendons, par leur emprisonnement dans une rétraction cicatricielle.

V. DE HOLSTEIN.

Maladies de l'estomac et des voies digestives

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Traitement des cirrhoses hépatiques, par M. GASTON LYON. *Journal de Médecine de Paris*, n° 47. 18 nov. 06. — Ce traitement s'adresse surtout aux cirrhoses alcooliques.

Au début régime lacté absolu. Plus tard, régime mixte (œufs, purées de pommes de terre, de pois, de lentilles, de châtaignes, nouilles, crème, riz, semoule, tapioca, pâtes).

En cas d'hypopepsie, remplacer le lait par le képhir.

Purgatifs salins à petites doses, ou mieux calomel. Cholagogues. (Salicylate de soude etc.).

Voici quelques formules qui sont à recommander.

Benzoate de soude	5 gr.	»
Sulfate de strychnine.	0 gr.	03
Eau distillée	300 gr.	»

2 cuillerées à soupe par jour.

ou :

Benzoate de soude	0 gr.	30
Phosphate de sodium ..	0 gr.	60

pour 1 cachet. 2 cachets par jour à prendre à distance des repas.

Si l'ascite est considérable on prescrira le régime lacté absolu, des purgatifs drastiques (eau de vie allemande, 20 grammes, ou bien aloès, 0,20 centigrammes) et la scammonée associée à la scille et à la digitale, ou à la théobromine.

Dr PIERRE SÉE.

Contribution à l'étude de la colique hépatique. — La colique vésiculaire, par le professeur A. GILBERT (*Presse méd.*, 14 nov. 1906, n° 91, p. 725). — Le professeur A. Gilbert désigne sous le nom de colique vésiculaire « une forme particulière de la colique hépatique, due aux tentatives infructueuses de migration que font, chez certains malades, les calculs contenus dans « la vésicule biliaire. »

La colique vésiculaire est donc « un « symptôme qui découle de la mobilisation « des calculs vésiculaires, ainsi que des « tentatives qu'ils font pour s'engager dans « le col de la vésicule et dans le canal cystique sans pouvoir y réussir, ou sans « pouvoir, en tous cas, progresser plus « avant. »

Le syndrome de la colique vésiculaire a tendance à se reproduire avec une grande facilité, si bien que, chez certains malades, les crises se succèdent, deviennent subintrantes et constituent, selon l'expression du professeur A. Gilbert, « une sorte d'*état de mal biliaire* particulier. »

La thérapeutique de la colique vésiculaire doit s'adresser, d'une part, aux crises douloureuses, et, d'autre part, à la lithiase vésiculaire.

1° *Traitement de la colique vésiculaire.* — En présence d'un accès de colique vésiculaire, le professeur A. Gilbert conseille le repos au lit, la diète, les applications locales chaudes, les grands bains et la médication analgésique, qui consiste en lavements à base d'analgésine (1 à 4 grammes) ou de laudanum (XV à XL gouttes) et au besoin à pratiquer une injection hypodermique de morphine.

2° *Traitement de la lithiase.* — Le professeur A. Gilbert déconseille absolument :

A. Les *litholytiques*, comme n'ayant aucune action ;

B. Les *cholagogues* (sels et eaux de Vichy, de Carlsbad, huile d'olive, salicylate de soude, etc.), qui, malgré leur usage courant, donnent des résultats déplorables. En effet, sous l'action du traitement cholagogue, au cours d'une saison à Carlsbad, par exemple, les crises se réveillent et se renouvellent sans résultat, les calculs étant presque toujours trop volumineux pour être expulsés.

Les patients semblent donc n'avoir d'autre ressource que l'intervention chirurgicale. Le professeur Gilbert estime qu'elle est, en général, inutile, et il institue le traitement suivant, qui suffit presque toujours à guérir le malade :

« 1° Repos absolu au lit ;

« 2° Régime exclusif du lait écrémé, pris par petites fractions souvent répétées ;

« 3° Administration de médicaments sédatifs ;

« 4° Application permanente de compresses humides chaudes sur la région vésiculaire ;

« 5° Interdiction rigoureuse des purgatifs et des cholagogues ;

« 6° Emploi, si nécessaire, de lavements évacuateurs ou de suppositoires. »

Comment agit ce traitement ? Le professeur A. Gilbert pense « que, sous l'influence « de l'alimentation continue qu'il con-

« seille aux malades, le physisme de la vé
« sicule se modifie, l'écoulement de la bile,
« qui est normalement intermittent, devant
« lui-même continu à la façon de la diges-
« tion elle-même. »

La cessation des alternatives de réplétion et de vacuité de la vésicule biliaire amène l'immobilité de ce réservoir, et calme son irritabilité. Toute la thérapeutique instituée par le professeur A. Gilbert a, d'ailleurs, pour but d'amener la sédation de l'inflammation vésiculaire.

Dr Fierre Sée.

Rétention biliaire par coudure du cholédoque (*Journal des Sc. médicales de Lille*, 25 août 1906). — M. Camelot a communiqué une observation où il intervint chez une femme de 62 ans, pour des accidents de rétention biliaire, pensant trouver de la calculose des conduits hépatiques. Or, la laparotomie étant faite, il dut se borner à débarrasser la vésicule biliaire des calculs nombreux qu'elle contenait. La région des conduits était inabordable, ceux-ci étant englobés dans une gangue fibreuse qui ressemblait à une propagation de néoplasme. La malade ayant succombé au 8e jour, à des complications pulmonaires, l'autopsie permit de voir que la rétention était causée par une *coudure du cholédoque*, sans aucun calcul, résultat d'une péricholécystite ancienne d'origine calculeuse. Seule, la cholécysto-entérostomie eût pu rétablir le cours de la bile. Le diagnostic étant demeuré indécis, elle ne fut pas faite et la malade succomba.

A. Benoit.

Appareil pulmonaire
Cœur et vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-Chef à la Faculté de Médecine

Traitement des complications respiratoires, de l'influenza, par H. Mackenzie, (*The Practitioner*), janv. 1907). — Les complications respiratoires de l'influenza sont d'un traitement difficile et il faut s'efforcer de les prévenir. Dans l'atteinte la plus légère d'influenza, le malade doit garder le lit pendant quelques jours jusqu'après la disparition de la fièvre. Si des complications respiratoires surviennent, le séjour au lit est en général de rigueur. L'air de la chambre doit être pur, ce qu'on ne peut obtenir qu'en tenant les fenêtres ouvertes jour et nuit. Le malade doit être couvert chaudement sans être surchargé de couvertures. La température de la chambre ne doit pas dépasser 16 à 17°.

Le traitement est symptomatique et le symptôme le plus important ici est la toux. Si celle-ci est sèche et quinteuse, on
nera toutes les heures ou toutes les deux heures un à cinq milligrammes de chlorhydrate d'héroïne. Le malade prendra par gorgée de la tisane d'orge, de graines de lin, des biscuits et de l'eau ou du lait chaud.

Lorsqu'il y a de la bronchite, l'auteur prescrit un mélange contenant du citrate d'ammoniaque, du citrate de potasse et du vin d'ipéca.

Lorsque la sécrétion est épaisse et visqueuse, et que l'expectoration est difficile, les préparations d'opium sont contre-indiquées. Les cataplasmes simples ou sinapisés ou les compresses de térébenthine apportent parfois beaucoup de soulagement dans les cas de dyspnée et de douleur thoracique. Le même traitement est applicable aux cas de pneumonie. Ici la principale indication est de soutenir les forces du malade. Le principal danger réside dans l'insuffisance cardiaque, et dans les cas où celle-ci se manifeste, ou aura recours à la digitale, au strophantus, à la caféine, à la strychnine. Finckler recommande l'usage des injections sous-cutanées d'huile camphrée. Les inhalations d'oxygène soulagent la dyspnée. L'alcool est indiqué dans la prostration et l'affaiblissement cardiaque. Le régime doit se composer surtout de lait, œufs, bouillon, arrow-root,gelée de pied de veau,biscottes, On veillera aux soins de la bouche et des dents.

L'air pur et frais est le meilleur prophylactique de l'influenza. C'est aussi un remède souverain dans le traitement des affections respiratoires aiguës et chroniques au cours de l'influenza. Les fenêtres ouvertes, loin d'être dangereuses, sont salutaires dans toutes les circonstances. La pureté de l'air a une importance beaucoup plus grande que sa température.

L. Jumon.

Accidents consécutifs à la thoracentèse : pneumothorax ; mort subite résultant d'une ponction exploratrice, par J. Sears (*The Am. J. of the med. sc. déc.* 1906). — On sait que la mort subite peut survenir après

l'aspiration de quantités même modérées de liquide, mais on sait moins que la mort subite peut résulter d'une simple ponction exploratrice. C'est un de ces cas que rapporte l'auteur. L'aiguille n'avait certainement pas atteint les branches pulmonaires du nerf pneumogastrique, car les deux plèvres étaient séparées à l'autopsie par une grande épaisseur de liquide. D'autres cas relatés par l'auteur se rapportent à la production d'un pneumothorax. Quelle est d'abord la cause de la présence de gaz dans la plèvre ? L'ancienne hypothèse d'un dégagement gazeux provenant du liquide pleural n'a plus qu'un intérêt historique. On a rapporté ensuite un certain nombre de cas où par erreur on avait refoulé de l'air dans la plèvre au lieu de faire l'aspiration. On a expliqué quelques cas par la pénétration de l'air à travers l'aiguille sous l'influence du vide pleural. Mais dans la majorité des cas on n'a pu savoir si le poumon avait été piqué ou s'il y avait eu rupture de vésicules emphysémateuses par suite de l'expansion du poumon. Les accidents résultant de la pénétration de l'air par l'aiguille ou un jeu vicieux de l'appareil doivent toujours être évités grâce à des soins de technique. Il semble qu'il n'y ait pas moyen d'éviter ceux qui sont dus à la ponction du poumon par une aiguille introduite seulement dans un but diagnostique, cependant cette ponction ne doit jamais être faite témérairement avant d'avoir épuisé toutes les ressources de l'examen physique. Certaines précautions doivent être prises pour diminuer le nombre des accidents qui accompagnent l'aspiration du liquide, car il est à noter qu'ils surviennent plus souvent dans les cas chroniques et dans ceux où l'épanchement est purulent, que dans les cas sérieux aigus, de même qu'ils peuvent apparaître quand on retire une très grande quantité de liquide. La rapidité de l'évacuation est aussi un élément important, le poumon rétracté ayant perdu son élasticité pour reprendre rapidement son volume dans l'espace vide. Ces dangers peuvent être en partie évités en évacuant lentement le liquide et en arrêtant l'opération lorsqu'on en a retiré une quantité modérée, surtout dans les cas chroniques et les empyèmes. L'expérience a montré qu'il est inutile d'extraire les dernières gouttes, l'evacuation d'une petite quantité de liquide, en modifiant la pression intra-pleurale, suffit souvent pour amener la résorption de l'épanchement. Il est préférable de recourir au siphon lorsque l'épanchement subsiste depuis longtemps ou à la méthode de Forlanini, dans laquelle de l'air stérilisé remplace le liquide enlevé.

L. JUMON.

Complications cardiaques de l'influenza, par J. COWAN (*The Practitioner*, janvier 1907). — Les symptômes cardiaques de l'influenza contrastent avec ceux du rhumatisme où le danger cardiaque est plutôt éloigné qu'immédiat, tandis que les lésions endo-péricardiques sont rares dans l'influenza. Ces symptômes cardiaques sont rares dans les cas d'influenza non compliquée chez un adulte bien portant. Mais s'il existe antérieurement de l'affaiblissement cardiaque, le pouls tend à devenir fréquent, faible, irrégulier et l'asthénie cardiaque est imminente. Les sujets au cœur graisseux et les alcooliques supportent mal l'influenza. Parfois l'affaiblissement du cœur ne se montre qu'à la convalescence lorsque le malade reprend trop rapidement son travail et que l'atteinte a été grave.

La cause habituelle des symptômes cardiaques réside dans l'affaiblissement du myocarde. Pour prévenir cet affaiblissement, le malade doit observer le repos au lit dès le début de l'attaque et plus longtemps que dans les affections catarrhales ordinaires. La lenteur ou la fréquence anormale du pouls, son irrégularité et sa faiblesse sont des indications d'un traitement par le repos. Pendant les périodes aiguës de l'influenza, on combattra la faiblesse cardiaque par la strychnine et les stimulants diffusibles, comme les préparations d'ammoniaque et l'alcool ; on ne dépassera pas cependant en 24 heures 180 à 240 gr. d'eau-de-vie bien diluée. Les toniques cardiaques spéciaux, comme la digitale, sont généralement moins utiles, mais on peut s'en servir dans les cas extrêmes. Pendant la convalescence, on aura recours à la strychnine, aux hypophosphites, au fer et à l'arsenic ; il peut être très utile d'envoyer le convalescent dans un climat chaud et sec.

L. JUMON.

L'hypertermie comme auxiliaire probable des injections de sérum gélatiné dans le traitement des anévrismes, par *N. R. Blumenau* (*Vratchébnaya Gazeta* 1906 n° 48). — A la clinique thérapeutique du professeur Sirotine, à l'Académie militaire de médecine de St-Pétersbourg, l'auteur a eu l'oc-

casion d'observer un cas d'anévrisme de l'aorte, présentant un intérêt particulier au point de vue des conditions susceptibles de favoriser l'action des injections gélatinées sur la tumeur anévrismatique.

Il s'agissait d'un homme, âgé d'une quarantaine d'années, ayant eu la syphilis, chez lequel il existait, à la partie supérieure du sternum, une tumeur pulsatile, de consistence élastique, grosse comme un œuf de poule. Cet anévrisme de l'aorte ayant résisté à un traitement antisyphilitique, joint au repos absolu au lit, on eut recours aux injections de solution de gélatine à 10 0/0. On en pratiqua, à des intervalles de deux à quatre jours, sept de 40 cc. chacune. Les trois premières restèrent sans le moindre effet, mais, après la quatrième qui coïncida avec un épanchement pleurétique accompagné de fièvre intense (affection nullement en rapport avec le traitement par la gélatine, mais due à un refroidissement), la tumeur anévrismatique commença à décroître très rapidement, puis disparut, et l'usure de l'os sternal, à travers laquelle elle avait fait irruption au dehors, fut comblée par une cicatrice osseuse. Cependant, au bout de trois mois, l'état général empira et une nouvelle tumeur pulsatile se forma au même endroit, après avoir usuré la cicatrice osseuse. Cette fois, les injections de sérum gélatiné, qu'on se hâta de reprendre, n'eurent le moindre effet.

L'auteur estime que, dans cette observation, l'effet thérapeutique de la gélatine ne se fit sentir que grâce au concours de l'hyperthermie déterminée par la pleurésie et que, par conséquent, il serait désirable d'instituer, dans les cas d'anévrisme, des essais de traitement qui consisteraient à injecter du sérum gélatiné, en provoquant en même temps la fièvre par l'introduction de substances pyrogènes.

V. DE HOLSTEIN.

Action de la cure de Vichy sur la tension artérielle, par SALIGNAT (*Journal de physiothérapie*, 15 nov. 1906). — L'auteur, en étudiant à ce point de vue 121 malades, hypertendus, hypotendus et normaux, a reconnu que les eaux de Vichy conviennent également aux malades atteints d'hypertension ou d'hypotension artérielle, car elles ont surtout pour résultat de régulariser la tension artérielle. Toutefois, les malades présentant de l'hypotension devront être surveillés de plus près, et certains malades présentant une trop grande atonie de leur système cardio-vasculaire ne devront pas affronter les fatigues d'une cure. Les eaux de Vichy conviennent dans les cas d'hypertension artérielle avec cette restriction qu'il faut se méfier de l'élévation de tension artérielle pendant les premiers jours de la cure et dans ce but avoir soin d'administrer les eaux en petite quantité.

E. VOGT.

Les affections cardiaques sont-elles une contre-indication formelle à la cure de Vichy ? par M. CHARLES COTAR (*Journal des Médecins*, 15 novembre 1906, p. 7). — D'après les livres classiques, les maladies de cœur non compensées sont une contre-indication à la cure alcaline. M. Cotar pense que les cas doivent être précisés, et, pour lui, les contre-indications nettes de la cure sont : le cœur mou, arythmique, à bruits mal frappés, le cœur dilaté sans hypertrophie, et, en un mot, le cœur en imminence d'asystolie, et l'anasarque généralisé.

Dr PIERRE SÉE.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles

Dr COURTADE
Ancien interne des hôpitaux

L'influenza du nez et de la gorge, traitement, par SAINT-CLAIR THOMSON (*The Practitioner*, janvier 1907). — L'infection de l'influenza envahit l'organisme en passant par les voies respiratoires supérieures où le virus se manifeste par des affections inflammatoires et par des affections nerveuses locales.

Le traitement général est d'abord de la première importance. Puis des fomentations chaudes sont faites sur la région affectée. Si le sinus maxillaire est atteint, l'auteur conseille d'extraire les dents gâtées du même côté. On peut calmer la douleur par la phénacétine, la caféine, l'aspirine ou des médicaments analogues, dans les cas graves on fera une injection de morphine. Pendant le stade aigu on fera des inhalations de vapeur d'eau toutes les deux ou trois heures avec de l'eau dans laquelle on ajoutera par demi-litre une cuillérée à thé du mélange suivant :

Menthol ..... 2 gr.
Teinture d'eucalyptus. 90 gr.

Contre la douleur des sinus frontal et sphénoïdal, on emploiera un petit tampon imbibé de cocaïne à 5 p. c. et d'adrénaline qu'on introduira dans le voisinage du méat moyen. Après la période aiguë on peut employer de simples lotions alcalines. Les affections inflammatoires du pharynx et du larynx sont traitées d'après les principes ordinaires.

En ce qui concerne les troubles nerveux locaux, l'anosmie est d'un pronostic sérieux. Si les cavités nasales sont saines il faut s'abstenir d'un traitement local et éviter notamment les lotions nasales alcalines contenant de l'acide phénique ou des antiseptiques usuels, tels que le menthol, le camphre, l'eucalyptus, le thymol. Il vaut mieux compter sur l'emploi longtemps continué de la strychnine. La même ligne de conduite est applicable aux névroses du larynx, sauf que les paralysies des cordes vocales peuvent être améliorées par l'électricité.

Contre les quintes de toux rebelles on peut essayer les sprays sédatifs, le menthol, l'héroïne, la codéine ou la morphine. On évitera la cocaïne. Parfois la toux est d'origine stomacale, et ici la morphine et l'opium sont extrêmement utiles. Dans les cas gastriques on peut recommander le mélange suivant :

Acide cyanhydrique médicinal..	2 gr.
Acide nitrique dilué.....	2 gr.
Glycérine	15 gr.
Infusion de quassia	180 gr.

Une cuillérée à soupe dans un verre d'eau trois fois par jour.

L. JUMON.

De l'emploi de l'éthyloforme, par DELSTANCHE (*Rev. hebd. de laryng. d'otol.* 25 *août* 1906). — L'éthyloforme est un anesthésique général plus volatil que le bromure d'éthyle ; c'est cette volatilité qui a été cause de l'insuccès quand l'auteur s'est servi de la compresse et du cornet pour l'administrer. Il a fait construire un masque avec lequel il n'a plus eu de mécompte ; l'ampoule qui contient l'anesthésique est brisée dans le masque même qui doit s'appliquer hermétiquement autour des orifices respiratoires.

Le sommeil est complet au bout de 15° à 20 secondes ; la période d'excitation est plus courte que celle du bromure d'éthyle et souvent même elle n'existe pas.

Le sommeil dure de 2 à 2 minutes et demie mais il peut être prolongé en faisant respirer à nouveau de l'éthyloforme. Le réveil est un peu plus rapide qu'avec le bromure d'éthyle ; les nausées, le vertige, la céphalée sont l'exception.

Sur une centaine d'anesthésies M. Delstanche n'a eu aucun accident.

Les inconvénients qu'on peut reprocher à cet agent sont : la nécessité d'un masque particulier, la soudaineté et la brièveté de son action et la modification de la coloration du sang ; celui-ci présente, en effet, une coloration d'un rouge plus écarlate que carminé et il semble plus fluide. L'éthyloforme est préférable au bromure d'éthyle pour les adultes et à partir de 14 à 15 ans.

A. COURTADE.

L'acide lactique en otiatrie, par LANGE (*Therap. Monatshefte*, décembre 1906). — L'auteur recommande les solutions concentrées d'acide lactique dans le traitement de l'otite moyenne suppurée : les douleurs provoquées par son application sont peu marquées et passagères, la réaction est très faible. Les parties traitées prennent une coloration blanchâtre.

La solution à recommander est à 40 0/0; on l'applique une fois par jour avec un tampon d'ouate.

E. VOGT.

Maladies vénériennes — Maladies de la peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Les cures mercurielles dans la syphilis, par M. IDE (*Revue médicale de Louvain*, 15 déc. 1906). — Peu de médicaments présentant autant que le mercure des variations quant au mode d'administration, la rapidité de résorption et de son élimination et la durée de son action curative. En face des succès de toutes les cures mercurielles les plus disparates, on pensait qu'il n'y avait qu'à éviter les doses toxiques, mais la question est moins simple. Après avoir étudié quelles peuvent être les doses mortelles de mercure, quelle est la lenteur, le début et l'intensité de son élimination, l'auteur pense qu'on peut entrevoir les raisons de l'efficacité et de l'opportunité de certaines cures.

La friction mercurielle ne donne pas les

résultats les plus rapides, car il faut attendre huit jours, mais les résultats les plus définitifs. L'injection sous-cutanée d'huile grise ne paraît donner que des résultats similaires, mais il faudra éviter les accidents en n'injectant pas le médicament dans une veine. Les injections de sublimé sont insupportables, on pourrait seulement y recourir dans les cas les plus urgents, en raison de la rapidité de leur effet. Les injections de cyanure, de cyanate et amide mercuriels ont l'action la plus rapide ; les doses peuvent être de 1 à 2 milligrammes de mercure par jour, mais il faut les continuer tous les jours pendant des mois, pour éviter les récidives. Les injections hebdomadaires de calomel ou de salicylate de mercure, 10 centigr. en suspension dans la paraffine liquide, constituent la cure la plus intense. Mais elles sont les plus dangereuses et on les réservera pour frapper un grand coup dans les cas de syphilis rebelle. On pourra d'ailleurs commencer les injections par une dose réduite de 5 centigr. pour reconnaître les idiosyncrasies, avant de risquer l'introduction d'une dose dangereuse sous une forme très mobilisable. On retardera encore les injections dès l'apparition de manifestations mercurielles.

L. JUMON.

Syphilis des voies respiratoires supérieures. — Traitement, par SAINT-CLAIR THOMSON (*The Polyclinic*, nov. 1906). — Après avoir donné un aperçu clinique de la syphilis du nez et de la gorge, l'auteur expose le traitement. Si on se trouve en présence d'un chancre, on en sèchera la surface avec un tampon d'ouate et on touchera la base de l'ulcère avec une baguette de verre trempée dans de l'acide phénique pur. L'application est indolore et l'acide phénique agit ici comme anesthésique, antiseptique et escharotique. Puis on commence aussitôt le traitement général par du chlorure mercurique et l'iodure de potassium. Les frictions mercurielles sont également excellentes. Dans certains cas où il faut agir vite on aura recours aux injections intra-musculaires. S'il existe des lésions gangréneuses de la gorge on fait localement des fumigations de 0,15 à 0,30 centigr. de calomel à l'aide d'une lampe et d'un tube spécialement aménagés à cet effet. Dans les cas suspects de syphilis congénitale chez les enfants, l'auteur donne une goutte de liqueur de Van Swieten dans une cuillérée de lait six fois par jour, puis augmente rapidement jusqu'à vingt ou trente gouttes par jour. L'hygiène a une importance considérable, il faut éviter le tabac et l'alcool : le changement d'air est très utile. Si le traitement général est de la première importance, il doit cependant être soutenu par un traitement local, sous peine de voir les lésions se prolonger. Ce traitement variera suivant la nature et le siège de la lésion, mais le plus souvent la propreté et l'emploi d'anesthésiques locaux suffiront. Les lésions secondaires du nez ne réclament que de simples lotions alcalines. Les plaques muqueuses récidivantes sont cautérisées avec des solutions de nitrate d'argent, d'iode ou de sulfate de cuivre, on évitera les acides trop caustiques, acides sulfuriques, chromique ou le chlorure de zinc trop fort. On laissera au moins quatre jours d'intervalle entre chaque application, mais une semaine est suffisante. Les gargarismes ne doivent pas être trop astringents, la glycérine boratée suffit, les gargarismes au chlorate de potasse sont excellents contre les lésions secondaires et tertiaires du pharynx.

Dans la syphilis secondaire du larynx il peut être indiqué d'employer des pulvérisations de sublimé ou de biiodure. La syphilis tertiaire du nez appelle toujours un traitement local actif : larges lotions alcalines, douches nasales ; l'emploi de l'eau oxygénée est ici très utile. Lorsque le nettoyage du nez est complet, on insuffle une poudre antiseptique comme l'aristol, le dermatol, etc. Dans les cas rebelles, l'auteur recommande des douches nasales composées d'un litre de la solution saline à laquelle on ajoute 0,10 centigr. de sublimé. On insuffle ensuite une poudre composée de calomel, 10 et d'alun, 3. Il est parfois nécessaire, en cas d'ozène, de bourrer le nez avec de la gaze au cyanure de mercure.

Si dans la suite on en vient à employer la paraffine pour corriger les difformités, il faut s'assurer auparavant que tout processus actif est éteint.

L. JUMON.

Traitement de quelques affections cutanées communes du pied, par Malcom MORRIS (*The Polyclinic*, déc. 1906). — L'auteur s'occupe d'abord des pieds sensibles. Des pieds d'aspect normal peuvent devenir rouges et sensibles après une marche modérée, être tuméfiés et atteints d'ampoules. Les pieds sensibles sont souvent ceux qui transpirent abondamment, mais non toujours.

Le remède consiste à employer certaines poudres. Les unes sont solubles dans l'eau, par conséquent dans la sueur, de ce nombre est l'acide borique, très utile dans les cas d'odeur ; les autres sont insolubles, comme l'amidon, l'oxyde de zinc. Une poudre mixte très utile est celle-ci :

Acide salicylique finement pulvérisé	4 gr.
Acide borique finement pulvérisé	30 gr.
Carbonate de chaux	120 gr.

On peut remplacer l'acide borique par une quantité égale de poudre d'oléate de zinc.

Si le sujet doit faire une période de marche, il fera bien de s'y préparer trois ou quatre semaines à l'avance en se lavant les pieds matin et soir avec de l'eau tiède et un savon antiseptique, à l'ichthyol ou à l'acide phénique. On sèche ensuite et on fait une friction avec la lotion suivante :
Alcool vinique.
Extrait d'hamamelis (ou hazeline) p. eg.
Eau de rose.

On saupoudre ensuite avec une des poudres indiquées.

Certains sujets ont les pieds froids et moites en été et ont des engelures en hiver. Celles-ci ne sont pas simplement une maladie locale, mais expriment une vitalité affaiblie. Le traitement dépend de la gravité des lésions. Dans les cas légers, on donnera au régime plus substantiel et plus riche en aliments sucrés. Il est assez commun que les médecins réduisent la quantité de sucre alimentaire dans les cas d'affection cutanée, l'auteur croit au contraire qu'il faut en augmenter la quantité, au point de vue de la calorification. Des bains de chaleur rayonnante avant l'hiver sont très utiles comme moyen préventif ; il en est de même des courants de haute fréquence. Dans les cas de froid aux extrémités, on peut recommander l'usage temporaire du chlorure de calcium, 0,60 à 1 gr. 20, trois fois par jour pendant cinq ou six jours. L'auteur recommande encore l'ichthyol à l'intérieur à la dose de 1 gr. à 2 gr. trois fois par jour chez les adultes.

Le traitement local des engelures est le même que celui des brûlures. Contre les ulcérations on emploiera les badigeonnages de teinture de benjoin et un pansement avec :

Oxyde de zinc	28 gr.
Lanoline	4 gr.
Huile d'olive	30 gr.
Eau de chaux	30 gr.

On peut remplacer la lanoline par l'ichthyol.

L. JUMON.

Maladies des Voies Urinaires

Dr DESCHAMPS

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Tuberculose hypertrophique et sténosante de l'urètre, par HARTMANN (*Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 27 nov. 1906). — Il s'agit d'un cas de rétrécissement tuberculeux de l'urètre chez une femme de 27 ans, absolument analogue aux lésions de tuberculose hypertrophique et sténosante déjà signalées au niveau du cœcum et du rectum, ou au syphilome ano-rectal ; c'est-à-dire qu'on ne trouvait chez cette malade aucune trace de cicatrice, d'ulcération tuberculeuse, ou d'abcès bacillaire faisant saillie dans le canal.

Histologiquement les lésions se rapprochaient de certaines formes de lupus : l'épithélium urétral était à peu près normal, le tissu cellulaire sous-muqueux était épaissi, infiltré de cellules embryonnaires et de follicules tuberculeux semblables à ceux que l'on rencontre dans les tuberculoses cutanées ou sous-cutanées à évolution lente (lupus sarcoïdes de Darier).

Cliniquement ce rétrécissement apparaissait sous la forme d'un orifice punctiforme laissant passer seulement un stylet de trousse, situé au fond du méat qui était représenté par une crête charnue œdématiée, de 2 centimètres de hauteur, débordant les petites lèvres, et ayant l'apparence d'un pavillon de trompette quand on la déplissait.

La malade vint consulter pour des mictions fréquentes et douloureuses, traitées sans résultat par la dilatation.

L'opération consista dans la résection du rétrécissement qui avait environ 4 millimètres de large et par la suture au catgut 00 de la tranche urétrale à la muqueuse circumjacente du vestibule. La guérison survint sans incident ; les mictions sont devenues normales, l'urètre laisse passer l'explorateur 21. L'auteur fait remarquer que ce cas de rétrécissement urétral tuberculeux hypertrophique est le premier publié.

M. DESCHAMPS.

Traitement de l'épididymite blennorragique grave, par ESCAT (*Ass. franç. d'Urologie*, 1906). — Il faut entendre par l'épididymite grave, celle qui est atrocement douloureuse, déterminant pendant plusieurs jours une température de 40°, du délire, et un état infectieux, suivi plus tard d'une anémie profonde. Le traitement médical est bien impuissant dans ces cas : il n'empêche pas toujours une impotence prolongée à cause de la très vive douleur qui persiste avec le noyau inflammatoire épididymaire. Il vaut mieux recourir d'emblée à l'épididymotomie.

Les indications de l'opération sont : les douleurs violentes, la fièvre, le délire, la fluctuation rare), les noyaux de rechute, à bascule, avec poussées aiguës au moindre excès. Les noyaux durs et douloureux doivent être non seulement incisés, mais enlevés.

L'incision sera faite au niveau du noyau de la queue de l'épididyme, à la partie inférieure, pour éviter d'ouvrir la cavité vaginale : la cavité est pansée avec une mèche de gaze, et on touche les jours suivants avec la teinture d'iode.

Ce traitement a l'avantage de raccourcir la durée de la maladie, de supprimer la douleur et de permettre au malade de marcher. Quand l'incision est refusée, on a quelquefois avantage à faire la simple ponction (Schindler).

M. DESCHAMPS.

Traitement des orchi-épididymites blennorragiques par l'iothion, par GUIGNES (*Thèse*, Montpellier, 1906). — D'une série de malades traités par des badigeonnages d'iothion étendu dans deux fois son volume d'huile stérilisée, pratiqués tous les deux jours, l'auteur tire les conclusions suivantes. L'iothion est un sédatif puissant de la douleur, il agit très rapidement dans les cas d'orchi-épididymite simple : quelquefois trois onctions suffisent à rendre la souplesse aux tissus enflammés. Dans les orchi-épididymites compliquées plus ou moins de funiculite, son action est moins rapide, mais toujours certaine : il calme promptement les douleurs et amène la résorption des infiltrations inflammatoires. Il est bien supporté par la peau : la cuisson provoquée est minime. Il est bon de joindre au traitement la compression ouatée du testicule.

M. DESCHAMPS.

Contribution à la technique opératoire de l'orchidopexie, par DE BEULE (*Société belge de chirurgie*, 27 octobre 1906). — L'auteur décrit son procédé d'orchidopexie de la façon suivante : On abaisse le testicule après l'avoir libéré et on incise ensuite la peau du fond du scrotum dans le sens antéro-postérieur ; le testicule est tiré hors de la bourse par cette incision et fixé à l'aponévrose et aux muscles de la cuisse dont la peau est incisée parallèlement à l'axe du membre, sur sa face interne au-dessous du sillon génito-crural. L'incision de la cuisse mesure environ trois centimètres : elle est suturée, lèvre à lèvre, avec l'incision du fond du scrotum, la lèvre postérieure étant suturée avant de fixer le testicule, pour faciliter l'opération.

Le testicule est ainsi fixé à la cuisse par des points passés d'une part dans l'albuginée et d'autre part dans l'aponévrose crurale et le muscle sous-jacent : il est enfermé dans une gaîne scroto-crurale. Les fils sont enlevés le dixième jour, et en mettant la cuisse légèrement en abduction on constate si le cordon est suffisamment allongé : alors on sectionne la gaîne, on libère le testicule qui est réintégré dans la bourse, et les deux incision du scrotum et de la cuisse sont fermées isolément par quelques points.

M. DESCHAMPS.

Nouveau procédé de cure radicale du varicocèle, par M. C. BARILE (*Cliniq. chir.*, juillet 1906). — Cette méthode consiste surtout en une réfection du muscle crémastoïdien, toujours plus ou moins forcé dans le varicocèle, aux dépens des muscles petit oblique et tranverses, dont on taille les faisceaux inférieurs sur 5 ou 6 centimètres de long, de manière à former des anses d'un demi-centimètre, que l'on fixera au catgut à la face antérieure et aux côtés de la tunique vaginale, ainsi qu'au cordon. L'incision est celle de la cure radicale de la hernie ; on incise le fascia du grand oblique pour pouvoir faire les emprunts nécessaires aux muscles qu'il recouvre. La résection veineuse est pratiquée, bien entendu, chaque fois qu'il s'agit des volumineux amas de veines dilatées.

Sans connaître les résultats obtenus par l'auteur, on peut se demander si l'on peut, sans danger de hernie, affaiblir de la sorte la paroi postérieure du canal inguinal, déjà si mal défendue contre la pression abdominale.

A. BENOIT.

Calcul prostato-urétral, par GENOUVILLE, (*Assoc. franç d'urologie*, 1906). — L'auteur

rapporte l'observation d'un malade auquel il enleva un volumineux calcul prostato-urétral pesant 160 grammes, par la voie périnéale. L'incontinence d'urine qui existait déjà avant l'opération persista après, sans doute à cause de la destruction du sphincter. Dans ces conditions, on ne tenta pas la réfection de l'urètre, car le malade s'introduit facilement une sonde Malécot dans la vessie par sa fistule périnéale, ce qu'il ne pourrait faire par le méat normal, si la continuité de son urètre était rétablie : son incontinence lui est ainsi rendue supportable puisqu'il débouche sa sonde de temps en temps pour uriner. La réfection de son urètre n'aurait pas guéri l'incontinence, le sphincter étant fonctionnellement détruit.

Le siège de ce calcul présentait une particularité intéressante : il était en sablier, et la portion supérieure, au lieu d'être urétro-vésicale, comme il arrive d'ordinaire, se trouvait située dans la région prostatique de l'urètre : la portion inférieure se trouvait en avant du sphincter membraneux : il était donc, non pas prostato-vésical, mais urètro-prostatique.

M. Deschamps.

Sur la prostatectomie transvésicale, par Bazy, (*Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 31 oct. 1906). — A propos de deux prostates enlevées par la voie transvésicale, l'auteur discute la question de la suture de la vessie. Il pense que la suture de la muqueuse vésicale par-dessus la loge prostatique cruentée n'est indiquée que dans les cas où la prostate est petite et son ablation possible aux ciseaux, nette, et sans déchiqueter les tissus voisins; c'est ce qu'il a fait avec succès dans le premier cas qu'il rapporte : la prostate était petite et fut enlevée aux ciseaux ; l'opération était indiquée à cause de la rétention, des hémorragies et de la difficulté du cathétérisme. Malgré l'infection de la vessie le malade guérit sans autre drainage que la sonde à demeure.

Mais il serait imprudent de généraliser ce procédé aux prostatectomies pour grosses prostates : quand la loge prostatique est vaste et à parois dilacérées, il ne faut pas tenter de faire la suture, il faut drainer par l'hypogastre et par l'urètre : la mèche est enlevée au bout de 24 heures, le drain est laissé 6 à 8 jours : la sonde peut être retirée quelques jours après.

L'énuclation permet mieux de tout enlever, car toutes les masses adénomateuses sont perçues nettement entre le doigt rectal et le doigt vésical : l'ablation aux ciseaux peut laisser échapper quelques noyaux profondément enfouis.

M. Deschamps.

Sur l'hémostase dans la prostatectomie transvésicale, par Escat, (*Assoc. française d'urologie*, oct. 1906). — Lorsque l'hémorragie est abondante et paraît difficile à arrêter, après l'énucléation de la prostate, l'auteur conseille de placer dans la loge prostatique un tampon hémostatique à la Mickulicz, en parachute renversé. Le fil attaché au sommet du parachute est passé dans l'urètre ; dans l'intérieur du parachute on tasse un tampon de gaze compressif ; la compression du tampon peut s'exercer d'un façon plus complète encore en tirant sur le fil intra-urétral.

M. Deschamps.

De la vaso-vésiculectomie dans les cas de tuberculose génitale, par Baudet et Kendirdjy (*Rev. de chir.*, 10 *sept.* 1906). — Plusieurs procédés opératoires sont employés pour l'ablation des vésicules, de la prostate et des canaux déférents.

1° *Procédé Baudet-Kendirdjy.* — Le malade est dans la position de la taille périnéale, l'anus fermé par une suture en bourse : on fait une incision en Y renversé, les deux branches latérales passant à égale distance entre l'anus et la tubérosité ischiatique; on sectionne le releveur d'avant en arrière en protégeant le bulbe avec le doigt et on décolle le rectum jusqu'au cul de sac péritonéal. L'anse du canal déférent est accrochée avec le doigt et sectionnée, puis on attire le bout attenant à la vésicule et on énuclée cette vésicule en la libérant par deux incisions latérales qui la séparent, en dedans du canal déférent du côté opposé, et en dehors de la paroi pelvienne ; la vésicule et la portion initiale du canal déférent sont alors enlevées avec un coin de la corne prostatique au niveau de son abouchement. Après avoir refait le périnée, on enlève l'épididyme et l'autre portion du canal déférent par une incision inguino-scrotale : le canal inguinal est incisé et le péritoine décollé : le canal déférent isolé des autres éléments du cordon est enlevé; on refait ensuite la région inguinale comme dans une opération de hernie.

2° *Méthode ischio-rectale* (Roux). — L'incision est d'abord longitudinale en avant de l'anus, puis contourne l'anus pour passer entre lui et l'ischion; à travers la grais-

se ischio-rectale on incise le releveur latéralement : on aborde ensuite la vésicule comme précédemment.

Les accidents opératoires sont l'ouverture du péritoine, l'hémorragie, qui ne sont jamais graves; la rupture du déférent qui peut laisser une fistule périnéale si on en laisse un morceau, la rupture de l'urètre qui peut laisser une fistule urinaire.

3° *Méthode sacrée* (Rydygier). — On resèque le sacrum et le coccyx selon l'incision de Kraske : on recline le rectum en bas du côté opposé à la section sacrée pour aborder les vésicules.

4° *Méthode parasacrée.* — L'incision est faite le long du bord du sacrum, on sectionne le ligament sacro sciatique, le grand fessier, le releveur de l'anus, l'ischio-coccygien et on récline le rectum en bas.

5° *Méthode inguinale* (Baudet et Duval, Villeneuve-Platon, Legueu). — L'incision est inguino-scrotale : on enlève d'abord le testicule et on décolle le péritoine en suivant le canal déférent qui est libéré. On incise la gaîne de la vésicule selon son bord externe, en liant l'artère vésiculaire s'il le faut; la vésicule est sectionnée au ras de la prostate.

6° *Méthode sus-pubienne* (Young). — On fait une incision abdominale en T dont la branche verticale va de l'ombilic au pubis et la branche transversale passe au-dessous du pubis. La vessie est ouverte : on met son doigt dedans pour tendre le sommet et on décolle le péritoine en arrière de la vessie comme si on disséquait un sac herniaire : on enlève les vésicules après avoir sectionné les déférents qui sont enlevés séparément, et dont la portion externe est enlevée par une incision inguino-scrotale. Les ulcérations de la vessie sont excisées ou cautérisées. Les suites opératoires de cette méthode sont très graves.

Les accidents post-opératoires de la vaso-vésiculectomie en général sont la suppuration, la fistule urinaire, la tuberculisation (méningite, granulie, etc.), la septicémie (rare). La guérison locale de la tuberculose est la règle, l'opération n'a pas d'influence sur les lésions tuberculeuses des autres organes, même celles de la vessie. L'ablation des vésicules rend naturellement le malade infécond, mais elle n'atténue pas la virilité, si les testicules sont respectés.

L'opération peut être indiquée comme opération de nécessité quand on se trouve en présence d'une fistule urinaire entretenue par des lésions vésiculaires, d'une obstruction rectale, de troubles urinaires graves, dus à une fistule vésico-urèthrale, de vésicules ou d'un canal déférent très gros, prêts à suppurer.

La vésiculectomie est le traitement de choix, quand les vésicules ont la grosseur du pouce ou d'une petite noix. L'opération d'emblée jointe à la castration (Roux), n'est pas à conseiller lorsqu'il n'y a que des lésions de petit volume, car elle n'assure ni contre la récidive du côté opposé, ni contre la généralisation tuberculeuse. La cystite tuberculeuse et les lésions pulmonaires prononcées sont des contre-indications.

Lorsque l'ablation doit être unilatérale il faut employer la voie inguinale; quand elle doit être bilatérale, il faut enlever les vésicules et le dernier segment du déférent par le périnée et le reste par une incision inguinale.

M. DESCHAMPS.

Traitement de la tuberculose des voies urinaires, par Ed. GARCEAU (*J. of. the Ann. med. Ass., nov.* 1906). — Ce traitement comprend deux parties : l'hygiène et le climat, puis le traitement local.

Le changement de climat au début peut être très favorable. L'air pur, la lumière, le repos et l'exercice bien réglé, une alimentation abondante sont les principaux points à observer en hygiène.

Le traitement hygiénique est le seul applicable dans les cas avancés où toutes les voies urinaires sont atteintes.

Le traitement local dans la première période de la tuberculose vésicale doit être évité. Les bacilles situés dans la profondeur des tissus de la vessie sont d'ailleurs hors d'atteinte. A cette période de début il faut prescrire le repos et les sédatifs ; le malade boira de l'eau et du lait. On peut essayer l'urotropine sans beaucoup de chances de succès.

Dans la seconde période, qui est celle d'ulcérations, le traitement local peut avoir beaucoup d'action. Deux médicaments sont indiqués, le sublimé et le nitrate d'argent. On instille dans la vessie trente à quarante gouttes d'une solution de sublimé à 1 :5000. Lorsque la tolérance s'établit on peut pousser le titre jusqu'à 1 : 500. Si la douleur à l'instillation est très forte on peut injecter auparavant de la cocaïne ou de l'eucaïne. A l'intérieur on donnera du carbonate de gaïacol, on évitera la morphine si possible. Le nitrate d'argent s'emploie en cautérisations directes des points malades à l'aide du cystoscope. La première séance doit gé-

néralement être faite avec l'anesthésie par l'éther. Les séances sont ensuite répétées toutes les semaines.

Dans les cas plus avancés, lorsque la muqueuse vésicale est couverte de nombreuses granulations et ulcérations, l'auteur conseille de pratiquer une cautérisation complète de la muqueuse avec le crayon de nitrate d'argent après avoir anesthésié le malade avec de l'éther.

Si le traitement échoue, il faut recourir à la cystotomie sous-pubienne et faire porter un urinal aux malades. Les malades peuvent alors faire deux injections boriquées par jour en observant des précautions aseptiques scrupuleuses.

La tuberculose rénale au début sera traitée d'abord par le changement de climat. Plus tard, à la période de suppuration, il ne reste plus qu'à intervenir par la néphrotomie qui n'a qu'une action palliative, et par la néphrectomie dont la mortalité opératoire est assez élevée. Il faut rejeter la résection partielle.

L. Jumon.

Traitement de la tuberculose vésicale, par Frank (*Assoc. franç. d'urologie*, 1906). — Il s'agit d'un jeune malade qui présentait de la tuberculose du rein gauche, du testicule droit, et des ulcérations tuberculeuses nettes de la vessie, constatées au cystoscope.

Le rein gauche et le testicule droit furent enlevés ; comme les lésions vésicales persistaient, on fit le traitement suivant, que l'auteur recommande pour l'avoir employé plusieurs fois avec succès.

On instille dans la vessie du calomel dans de l'huile stérilisée en proportion de 20 pour 100 : l'injection n'est pas douloureuse, elle est plutôt sédative. Puis on donne en même temps par la bouche une solution d'iodure de potassium : au bout de peu de temps, le malade accuse des sensations douloureuses dans sa vessie, au niveau des lésions, et cette localisation est un moyen précieux de diagnostic. Il se forme dans les tissus, au milieu des lésions, de l'iodure de mercure qui a un effet curatif remarquable. La muqueuse saine n'est pas attaquée par l'antiseptique. La guérison des lésions a toujours été constatée par la cystoscopie.

M. Deschamps.

Principes du traitement de l'insuffisance rénale, par Robert B. Preble (*The Amer. J. of the Med. sc. déc.* 1906). — Après avoir exposé les moyens par lesquels on peut reconnaître les diverses variétés d'insuffisance rénale, l'auteur aborde le traitement. L'urine peut être simplement diminuée de quantité comme dans les lésions cardiaques et les maladies infectieuses aiguës. Dans le premier cas, le traitement est celui même de l'insuffisance cardiaque : le repos avec la digitale ou d'autres stimulants cardiaques associés avec les vasodilatateurs ou vasoconstricteurs, suivant la cause qui a produit l'affaiblissemnt cardiaque. Si l'œdème est marqué, il sera très important d'exclure les chlorures de l'alimentation. Dans les maladies infectieuses aiguës, on donnera de grandes quantités de liquide afin que les poisons soient dilués à leur passage à travers le rein. Mais les cas groupés sous le terme d'urémie sont bien plus importants que ces derniers. L'indication est de prévenir ou de limiter la formation de substances toxiques, puis de les soustraire à l'organisme. Si le malade éprouve seulement les symptômes prodromiques de l'urémie, il faut s'appliquer à empêcher la formation des substances toxiques : mais dans les cas graves, qui se manifestent par le coma, les convulsions, il faut plutôt soustraire ces substances à l'organisme.

Le lait constitue la meilleure nourriture : il n'est pas toxique, sa concentration moléculaire est inférieure à celle du sang, il est pauvre en chlorures. Cependant il est trop riche en phosphates et il peut provoquer des fermentations gastro-intestinales. Si l'on a recours à une alimentation mixte, il faut choisir parmi les aliments ceux qui sont le moins sujets à fermenter. En outre on peut employer les antiseptiques intestinaux qui ne sont pas irritants pour le rein. Les purgations diminuent l'absorption des toxines par la voie intestinale. L'auteur recommande ici les purgatifs végétaux plutôt que les purgatifs salins, qui ont une action sur la concentration du sang.

Quant au régime il est cependant assez difficile de généraliser ; l'alimentation doit être adaptée à chaque malade, à ses capacités digestives, à la présence des œdèmes et d'autres facteurs. La production des substances toxiques dans l'organisme ne peut être abaissée que jusqu'à une certaine limite, car leur production est une manifestation de la vie même. Le repos physique et mental contribue à abaisser cette limite.

Après avoir limité la production des substances toxiques, il reste à diminuer leurs effets en hâtant leur élimination. L'importance de cette indication s'accroît avec le degré d'insuffisance rénale. Dans les cas légers une purgation modérée et la diaphorèse suffiront : mais dans les cas graves, c'est à la saignée qu'il faut avoir recours. Il ne faut même pas attendre que la situation soit devenue grave pour la pratiquer.

La diaphorèse et l'action purgative sont beaucoup moins efficaces ; la transpiration n'enlève guère plus que de l'eau. Ces méthodes font lentement et incomplètement ce que la saignée fait d'une façon rapide et efficace. Bouchard estime que 32 gr. de sang retirés de la circulation enlèvent plus de toxines que 280 gr. de liquide intestinal ou que 100 litres de sueur.

Il ne faut pas oublier d'évacuer les épanchements thoraciques ou abdominaux par la ponction. L'évacuation du liquide pleural permet au cœur et aux poumons un travail plus facile. L'auteur n'a obtenu aucun résultat jusqu'à présent de la ponction lombaire.

L. JUMON.

Station debout et sécrétion urinaire, par JACQUES CARLES (*La Province médicale*, 1er septembre 1906). — L'auteur a cherché à vérifier et à compléter les constatations de Linossier et Lemoine au sujet de l'effet de la station debout sur la sécrétion urinaire chez les sujets sains, chez ceux atteints de néphrite, puis chez des polyuriques et des diabétiques.

Chez deux polyuriques, la sécrétion urinaire diminuait considérablement pendant les heures de la station debout. Chez les diabétiques, l'influence de la position debout n'est pas moins marquée. L'urée, les chlorures, les phosphates sont éliminés en plus grande quantité tant que le sujet reste étendu. Toute question d'alimentation mise à part, la glycosurie diminue tant que le diabétique est debout, et atteint son maximum dans la période où le patient est couché.

M. Carles a remarqué encore que les différences d'élimination sont surtout marquées chez les malades qui présentent, en même temps que le diabète, tous les signes d'une néphrite plus ou moins accusée. Lemoine et Linossier avaient noté cette susceptibilité spéciale des sujets dont le rein est lésé.

M. Carles a constaté l'abaissement, parfois très notable, de l'albuminurie chez neuf malades sur quinze examinés.

Au point de vue thérapeutique, on peut déduire de ces observations que le décubitus prolongé est un excellent moyen de traitement dans les néphrites. La station couchée relève le taux des urines et des sels secrétés et fait diminuer l'albuminurie aussi bien que les agents thérapeutiques. Enfin, l'examen de l'urine après la station debout et après le décubitus donne de précieuses indications sur la marche de la néphrite vers la guérison.

L. JUMON.

L'incontinence nocturne et son traitement, par PERRIN (*Rev. méd. de la Suisse romande*, août 1906). — Avant d'entreprendre tout traitement local il faudra faire examiner l'enfant par un laryngologiste, car quelquefois le réflexe médullaire anormal qui produit l'incontinence est favorisé par une accumulation d'acide carbonique dans le sang, résultant d'une respiration entravée par la présence de végétations adénoïdes ou de polypes nasaux.

Le froid provoque l'incontinence : la chaleur, au contraire, lui est défavorable.

L'éducation, la suggestion, les punitions sont inutiles puisque le malade est inconscient au moment où il est incontinent.

Certains médicaments agissent en combattant l'inhibition des cellules cérébrales, d'autres, au contraire, en inhibant les cellules médullaires.

Le plus souvent on est obligé de recourir au traitement local qui consistera dans la faradisation du sphincter vésical, dans le but d'éduquer le malade au point de vue de la sensation du besoin d'uriner.

Le courant faradique doit porter sur toute la longueur de l'urètre postérieur : l'auteur a fait construire dans ce but des bougies en gomme avec conducteur central isolé, sauf sur une longueur de 5 centimètres, à une distance de 2 centimètres de l'extrémité vésicale. Le courant doit être à interruptions lentes : l'interrupteur ordinaire de la bobine de Ruhmkorff est à rejeter : il faut qu'il puisse donner 40 interruptions par minute : en un mot il faut que la contraction du sphincter puisse se relâcher complètement pendant l'interruption du courant.

Au bout de cinq ou six séances, il y a généralement une amélioration marquée, mais il faut compter une vingtaine de séances pour amener la guérison.

M. DESCHAMPS

Sur l'effet diurétique du bain carbogazeux, par JEAN HEITZ (*Gazette des Eaux*, 27 déc. 1906). — Pour étudier l'action du bain carbogazeux sur la fonction éliminatrice du rein, l'auteur a employé l'épreuve du bleu de méthylène. Les constatations ont porté tant sur la rapidité de l'apparition du bleu dans les urines que sur la durée nécessitée par l'élimination totale du bleu introduit dans l'organisme. Le bleu a été introduit par ingestion sous forme de cachet contenant 0 gr. 20 de cette substance. Les sujets en expérience ont bu à leur soif, ont uriné toutes les demi-heures depuis l'ingestion du cachet jusqu'à l'apparition du bleu dans les urines, puis ils ont noté simplement l'heure à laquelle les urines ont repris définitivement et entièrement leur coloration normale. De ces expériences il résulte que le bain carbogazeux raccourcit la rapidité de l'apparition du bleu dans les urines, mais surtout que la durée de l'élimination totale est abrégée, de sorte que le mode d'élimination du bleu se trouve accéléré.

Dans une expérience comparative l'action du bain simple a montré un effet à peu près nul ou très inférieur au bain carbogazeux.

L. JUMON.

Pronostic et traitement des albuminuries intermittentes (*Journal des Praticiens*, 15 sept. 1906). — Le pronostic doit se baser sur trois éléments d'appréciation : la forme clinique ; 2° les symptômes ; 3° la nature.

Au point de vue des formes cliniques, on distingue la forme orthostatique, la forme cyclique ou prégoutteuse, les albuminuries digestives et les albuminuries résiduales. Les deux premières formes sont bénignes ; les albuminuries digestives sont liées à des troubles hépatiques, gastriques, intestinaux et empruntent leur pronostic : elles cachent parfois une infection tuberculeuse du rein, le pronostic est donc réservé. Les albuminuries résiduales, succédant à une néphrite, peuvent rester stationnaires ou disparaître définitivement au bout de quatre ou cinq ans : quand elles sont permanentes avec exacerbations passagères, il faut redouter une infection rénale encore en activité.

La symptomatologie peut fournir quelques éléments de pronostic : l'albuminurie non rétractile serait d'un pronostic bénin, de même la présence d'un anneau urique au-dessus du disque albumineux. Les petits signes du brigthisme indiquent un acheminement vers la chronicité. Le pronostic est plus bénin chez un sujet jeune.

Les albuminuries durables sont surtout celles qui accompagnent la scarlatine, la grippe, le paludisme, la syphilis, la puerpéralité, la fièvre typhoïde. L'albuminurie tuberculeuse est d'un pronostic sévère. L'albuminurie goutteuse a un pronostic le plus souvent bénin.

La grossesse et l'allaitement n'aggravent pas l'albuminurie intermittente s'il n'y a pas d'insuffisance rénale. Le service militaire doit être interdit aux albuminuriques orthostatiques. L'albuminurie intermittente n'est ordinairement pas un obstacle aux contrats d'assurance sur la vie.

Le régime lacté doit être proscrit, sauf en cas de menace d'urémie. On recommandera de préférence les légumes verts, les féculents et les œufs ; les viandes de boucherie seront tolérées au repas de midi. Le sel ne sera permis qu'en petite quantité. On proscrira le gibier, les crustacés, les fromages trop faits. La boisson se composera d'eau pure ou coupée de vin. On se méfiera des médicaments en général.

Eviter la fatigue, les bains de mer. On recommandera le séjour aux vacances dans une station d'altitude (1000-1200 m.), les frictions sèches au gant de crin, l'hydrothérapie de préférence chaude, une saison à Saint-Nectaire ou à Evian ; la deuxième station surtout pour les uricémiques.

M. DESCHAMPS.

Remarques sur le traitement de la néphrite aiguë (*mal de Bright*), par GORDON GULLAN (*Brit. med. J.*, 18 août 1906). — D'après l'auteur, les indications du traitement de la néphrite aiguë sont : 1° assurer le repos de l'organe enflammé, pour diminuer ainsi les risques d'une aggravation ; 2° combattre les dangers résultant de la diminution de la fonction rénale en stimulant les autres organes, notamment la peau et l'intestin ; 3° combattre l'hyperémie des reins si possible. Le malade doit porter une chemise de flanelle et ne pas quitter le lit sous aucun prétexte, le repos doit être absolu.

Pour assurer le repos des reins, le régime lacté exclusif est certainement le meilleur. Pour un adulte au lit, 1.500 gr. en 24 heures sont suffisants. On en donnera alors 120 gr. toutes les deux heures et à une température chaude. On pourra le diluer avec de l'eau simple ou de l'eau gazeuse. Au besoin on peut donner du ba-

beurre ou du petit lait, qui ne sont cependant pas aussi nourrissants. Le régime lacté doit être continué jusqu'à la convalescence, puis on reviendra très graduellement au régime normal, en commençant par les hydrates de carbone, en suivant avec du pain et du beurre, puis du poisson. Mais dans la convalescence il faut s'attendre à des rechutes faciles et le malade doit en conséquence être surveillé de très près au moins pendant deux mois. Pendant la période du régime lacté exclusif, l'auteur s'oppose formellement à toute addition à ce régime.

Les purgatifs et les diaphorétiques répondent à la deuxième indication. Les meilleurs purgatifs sont les hydragogues, qui agissent en diminuant l'hyperémie rénale, en abaissant la pression sanguine et en soutirant au sang des principes toxiques. Il faut obtenir au moins deux bonnes selles par jour. L'auteur recommande la poudre de jalap le soir et le sulfate de soude ou de magnésie le matin. On doit rarement recourir aux mercuriaux et dans ce cas il faut les faire suivre d'un purgatif salin.

Les diaphorétiques ont pour effet de diminuer l'œdème et de favoriser l'élimination par la peau. L'extrait ou la teinture de jaborandi sont très utiles. On peut encore recourir à l'acétate d'ammoniaque aux doses de 8 à 15 grammes et au nitrate de potasse. Mais c'est le benzoate de soude à la dose de 0,60 à 1,20 dès le début de la néphrite qui, pour l'auteur, paraît avoir une efficacité réelle et constante. Il agit à la fois comme diaphorétique, diurétique et transforme les urates en produits moins irritants, d'une élimination plus facile. Il prescrit souvent :

Teinture de jaborandi.....	30 gouttes
Benzoate de soude.....	1 gr.
Eau chloroformée.....	30 gr.

à prendre toutes les heures.

Si la diaphorèse ne se produit pas, on donne des bains d'air chaud, suivis d'enveloppement. On peut au besoin recourir à une injection de 6 milligr à 1 centigr. de pilocarpine. Il faut surveiller l'action de cette drogue sur les bronches et ne la donner qu'avec prudence dans les cas d'urémie et jamais dans les cas de complications pulmonaires.

On ne se servira jamais de digitale ou des excitants diurétiques dans une néphrite aiguë, sauf dans le cas d'asthénie cardiaque ; leur emploi pourrait être suivi surtout au début et consiste dans l'application de cataplasmes sinapisés, de ventouses d'hématurie. La révulsion est employée sèches et scarifiées.

Certains symptômes peuvent demander un traitement spécial. La céphalalgie et l'insomnie seront traitées par les bromures et le chloral, mais la morphine et l'opium sont contre-indiqués. On peut cependant recourir au bromhydrate d'hyoscine à la dose de 0 gr. 0003 par injection hypodermique. Contre les vomissements non urémiques on peut donner un peu de sous-nitrate de bismuth.

S'il survient de l'urémie convulsive ou comateuse on fera une révulsion énergique par l'intestin (huile de croton) : on stimulera la diaphorèse par une injection de pilocarpine : on aura recours à la saignée et, dans les convulsions, aux inhalations de chloroforme.

L. JUMON.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL
Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité

Manuel opératoire de l'opération césarienne, par M. POTOCKI (*Journal de Méd. de Paris*, 9 décembre 1906). — Toute opération de nécessité doit avoir un manuel opératoire bien réglé pour les cas urgents, dans lesquels les praticiens pourraient être appelés à l'exécuter. C'est pourquoi l'auteur rappelle qu'il y a deux choses à considérer : les préparatifs, l'opération elle-même.

A) *Préparatifs :* à défaut de salle d'opération, aménager de son mieux le local au point de vue de la propreté. Un seul aide peut suffire ; lui seul et l'opérateur pourront toucher la malade ; en plus une sage-femme paraît indispensable et s'occupera de l'enfant. Les instruments nécessaires devront parer, non seulement à l'*opération césarienne* simple, conservatrice de l'utérus, mais à l'opération de Porro, où on le sacrifie. Ce seront :

Un bistouri ordinaire.

Une pince à griffes, pour saisir les lèvres des plaies à suturer.

Deux douzaines de *pinces hémostatiques.*

Des ciseaux forts, pour agrandir l'incision abdominale.

Une aiguille de Reverdin.

Des aiguilles enfilées d'avance, pour les sutures superficielles de l'utérus.

Un porte-aiguilles.

De la soie de deux grosseurs ; grosse pour les sutures profondes, fine pour les superficielles.

Un tube en caoutchouc solide et non perforé pour l'hémostase provisoire de l'utérus.

Deux broches à pédicule utérin en cas d'amputation de l'utérus (opération de Porro).

Tous ces instruments seront bouillis une demi-heure dans la solution phéniquée à 5 0/0 et placés dans un plateau à portée de l'opérateur, dans la solution phéniquée faible. — Se procurer les solutions antiseptiques, éponges, gaze, etc., Préparation habituelle de la femme. Cathétérisme de la vessie. Nettoyage antiseptique du vagin qui sera tamponné à la gaze stérilisée. Soins extrêmes pour éviter le refroidissement de la parturiente pendant l'opération.

B) *Opération :* 1° Incision abdominale. — Commencée au niveau ou au-dessus de l'ombilic, elle s'arrêtera en bas à deux bons travers de doigt du pubis. On l'agrandira si nécessaire par le haut, jamais en bas, la vessie pouvant être blessée. Le péritoine est ouvert et fixé par quelques pinces à forcipressure. Des sachets éponges sont placés dans les deux culs de sac péritonéaux en haut et en bas. Le rôle de l'assistant consistera surtout à empêcher les liquides de pénétrer dans le ventre. Pour cela, il pressera énergiquement les lèvres de la plaie abdominale contre l'utérus avec ses mains appuyées à plat, en suivant celui-ci pendant son retrait.

2° Incision de l'utérus. — C'est sur le milieu de la face antérieure qu'il faut faire une boutonnière de 3 cent. que l'on agrandira avec l'index. Cette déchirure est nette et régulière si l'on évite de comprendre le segment inférieur dans l'incision. Le placenta se présente parfois à la vue. Dans ce cas, il faut l'inciser sans hésitation et, malgré le sang, extraire le fœtus rapidement par les pieds. Ce placenta et les membranes sont enlevés ensuite sans perdre de temps.

Le gros danger de l'opération césarienne, c'est l'*hémorragie.* Celle-ci provient : *a*) de la plaie utérine ; *b*) de l'insertion placentaire. Pour éviter l'hémorragie provenant des parois utérines le tube de caoutchouc sera placé sur le pédicule utérin et maintenu serré avec une forte pince. L'inertie utérine sera combattue par les injections d'eau à 48° qui sont très efficaces. La striction par le même tube peut être nécessaire. Enfin, l'opération de Porro demeure la dernière ressource ; elle a sauvé nombre de malades.

3° Suture de l'utérus. L'utérus vidé, entraîné par l'extraction de l'œuf est maintenu hors du ventre. Entouré de compresses aseptiques chaudes. L'hémorragie étant arrêtée, on procède à la suture après s'être assuré par le toucher de la perméabilité du col utérin. Suivant la méthode de Saenger, on l'exécutera avec des fils de soie profonds, à un centimètre de distance et deux ou trois points superficiels ou séro-séreux *entre chaque point de suture profond.* Les points seront, on le voit, fort nombreux. Les premiers traversent toute l'énorme épaisseur de l'organe ; les autres adossent le péritoine. Il est bon de ne nouer ces fils qu'après les avoir tous passés. Suture de la paroi pour terminer.

A. Benoit.

Le lactagol ou extrait de graines de cotonnier comme galactogène, par M. Poux (*Le Languedoc méd. chirurgical,* 25 oct. 1906). — L'auteur divise ses résultat en trois groupes :

1° Augmentation de la quantité de lait fourni par les nourrices.

Ces observations, au nombre de 6, sont concluantes. Elles indiquent une abondante montée laiteuse, perçue par la nourrice, au bout de 3 jours en moyenne d'absorption du lactagol : cette montée est contrôlée, d'ailleurs, par la pesée des tétées et par l'augmentation de poids de l'enfant. Dans deux cas, on observe, en cessant le produit, que la sécrétion lactée diminue et qu'elle reprend lorsqu'on administre à nouveau le lactagol.

2° Augmentation des qualités nutritives du lait.

Un lait normal devant marquer 47 au lactoscope d'Henocque, l'auteur a vu, dans 4 cas, sous l'influence du lactagol, le chiffre marqué au latoscope passer en huit jours, dans le premier cas, de 58 à 41, dans le deuxième cas, de 57 à 45, dans le troisième de 58 à 43, dans le quatrième de 59 à 45. Il s'agissait de sujets n'augmentant pas suffisamment de poids, malgré une sécrétion lactée abondante.

Corrélativement à cette modification l'augmentation de poids des enfants a été notée.

3° Effet nul. — L'auteur rapporte 3 obtion, du moins dans les deux premiers cas,

car dans le troisième on note une amélioration de la sécrétion. Dans les deux premiers on trouve que la glande mammaire est peu développée, et encombrée de coussinets graisseux, circonstance de nature à expliquer l'échec observé.

De l'ensemble de ces observations, l'auteur conclut que de l'avis de la majorité de ceux qui l'ont employé, le lactagol paraît certainement supérieur à tous les produits employés jusqu'ici dans le même but.

Le lactagol augmente la quantité de lait secrété et il améliore la qualité, d'après les observations dans la proportion de 84,60 0/0. Le plus souvent l'action du lactagol ne se produit que de 48 h. à 3 jours, 4 jours même après son emploi, et semble s'éteindre rapidement dès que l'on n'en fait plus usage.

E. Vogt.

Pédiâtrie

Dr E. THIERCELIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

La reprise de l'alimentation après les accidents aigus dans les gastro-entérites infantiles, par M. Moricheau-Beauchant, *Courrier Médical*, 2 déc. 1906, N° 48, p. 476 (d'après les *Annales Médico-chirurgicales du Poitou*).

Après la diète hydrique, il ne faut pas, d'après M. Moricheau-Beauchant, revenir immédiatement à l'alimentation lactée. On doit commencer par un régime préparatoire, restreignant le plus possible les fermentations gastro-intestinales et ne fatiguant pas le tube digestif. Le régime hydrocarboné (bouillies au bouillon de légumes) remplit ces indications, et sera suivi six à dix jours.

On pourra ensuite reprendre le lait. Si le lait n'est pas supporté, on le remplacera par le babeurre et les bouillies maltodiastasées. L'auteur recommande en particulier le babeurre qui est, on le sait, riche en substances albuminoïdes, en sucre et en amidon, et pauvre en graisses. Sa valeur alimentaire est donc presque la même que celle du lait, et sa digestibilité est plus grande.

Quant aux bouillies maltodiastasées, on les prépare en faisant agir, sur la farine du riz, la diastase du malt. (La transformation de l'amidon sous l'influence du malt ne doit pas être complète : il faut s'arrêter à la liquéfaction.) Grâce à cette opération, on facilitera la digestion intestinale de l'amidon.

Dr Pierre Sée.

L'invagination chez les enfants, traitement, par C. H. Fagge (*The Practitioner*, déc. 1906). — L'intérêt de cette affection est qu'elle constitue la forme la plus commune d'obstruction intestinale chez les petits enfants, qu'elle est relativement rare dans l'enfance et l'adolescence et excessivement rare chez l'adulte. Elle s'observe surtout chez les enfants qui ont été atteints de gastro-entérite, qui sont amaigris et se plaignent souvent. Elle se caractérise par une douleur abdominale aiguë, la présence le sang dans les matières et d'une tumeur dans l'abdomen. Les statistiques de Gibson montrent qu'après une durée de 48 heures, la facilité de la réduction diminue rapidement.

Tandis qu'on admet facilement que la guérison succède à l'insufflation d'air ou à l'injection de liquide dans le rectum, l'auteur croit que le traitement idéal est une rapide laparotomie. L'insufflation, en effet, ne peut atteindre l'intestin grêle invaginé ; il est très difficile de savoir si elle a produit la réduction et lorsque cette réduction est incomplète, on a beaucoup perdu de temps pour l'opération. L'insufflation entraîne en outre le danger de rupture de l'intestin gangréné. L'auteur ne la recommande pas non plus après la laparotomie. Il fait d'habitude une incision verticale assez large pour passer la main, à travers le muscle droit du côté droit et ayant son centre au-dessous de l'ombilic. On cherche alors l'obstruction dans la région de la valvule iléo-cœcale et si on ne la trouve pas, il faut dérouler l'intestin. Il faut alors réduire l'invagination, c'est le but de la laparotomie, car on ne connaît pas de guérison de résection de l'intestin au-dessus d'un an ; il faut donc éviter d'employer la force pour effectuer cette réduction. Parfois lorsque l'intestin est distendu il faudra pratiquer une ponction, après quoi on bouchera l'orifice au moyen d'une ou deux sutures de Lembert. L'opération doit être pratiquée le plus rapidement possible en évitant toute traction brusque ; dans les cas non compliqués, quinze à vingt minutes doivent suffire.

Le traitement consécutif consiste à donner du lait chaud, à faire au besoin une

injection sous-cutanée de strychnine et d'un quart de litre de solution saline physiologique. Au bout de 48 heures on donne de l'huile de ricin, à moins qu'il n'y ait eu déjà des selles satisfaisantes. L'auteur a pratiqué cinq fois la résection pour invagination, mais les quatre enfants chez lesquels elle a été faite ont succombé.

L. JUMON.

Angiome de l'urètre chez un enfant, par FORGUE et JEANBRAU (*Assoc. franç. d'urologie* 1906). — Il s'agit d'un jeune garçon de quatorze ans qui présentait des urétrorragies, sans aucun antécédent traumatique. L'urétroscopie montra un angiome situé dans l'urètre pénien, à 3 centimètres du méat et s'étendant sous la forme d'une tuméfaction bleuâtre de 2 centimètres de long environ.

Après avoir dilaté le canal par le procédé électrolytique on pratiqua l'électrolyse interstitielle : après cocaïnisation on enfonça dans la tumeur à 1 ou 2 millimètres de profondeur, une aiguille de platine. bien isolée du tube urétroscopique, reliée au pôle négatif d'une source électrique à courants continus ; le pôle positif fut placé sur la cuisse, et on fit passer un courant de 6 à 12 milliampères pendant 3 à 5 minutes : l'escarre avait l'étendue d'une grosse tête d'épingle. En 14 séances, faites à intervalles d'une semaine, l'angiome fut détruit complètement sans aucun autre phénomène qu'un peu d'écoulement jaunâtre : on ne mit jamais de sonde à demeure. Le pôle négatif fut employé de préférence, parce qu'il produit des cicatrices molles et peu rétractiles, ne tendant pas à rétrécir le canal de l'urètre.

M. DESCHAMPS.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Le lait fixé, par EURY (*Bull. des Soc. pharmacologiques*, déc. 1906). — On sait que ce lait est rendu homogène et transformé en émulsion parfaitement stable, sans laquelle les globules graisseux ne peuvent se séparer du liquide pour former la crème

Comme divers auteurs ont affirmé que la fixation du lait en modifiait la composition et en augmentait l'acidité, Eury a fait à ce sujet une série d'expériences : elles ont démontré que cette opération ne modifie pas la composition chimique du lait.

E. VOGT.

L'arbutine, par E. WAUGH (*Merck's Archives*, déc. 1906). — L'uva ursi, la gaultheria, certaines espèces d'arbutus contiennent une certaine proportion d'arbutine associée à du tannin. C'est un glycoside qui stimule les cellules du rein et exerce une légère action antiseptique et astringente. L'arbutine est éliminée par les urines en donnant lieu en partie à de l'hydroquinone. Elle n'est pas un toxique puisque Jablonowski a pu en prendre 20 grammes sans être incommodé. Cependant c'est un puissant diurétique qui agit à la dose de quelques centigrammes, qu'elle soit administrée par la bouche ou en injection sous-cutanée.

L'indication du médicament est l'atonie ou l'hypersécrétion de la muqueuse urinaire. L'arbutine combat la putridité et l'infection, corrige l'état ammoniacal de l'urine. La cystite, aiguë ou chronique, la pyélite, la pyélonéphrite, la blennorrhagie sont justiciables de son emploi. L'irritabilité de la vessie diminue, moins rapidement qu'avec l'hyoscyamine, mais d'une façon plus durable.

Parmi les autres affections dans lesquelles l'arbutine a été recommandée il faut citer la diathèse urique, la goutte, le rhumatisme, la néphrite, l'hématurie, certaines affections cutanées, la leucorrhée ; on l'a utilisée comme diurétique dans l'hydropisie, comme astringent dans la dysenterie, la bronchorrhée. L'arbutine est surtout un tonique de la muqueuse urinaire, elle est indiquée aussi dans la dyspepsie atonique qui accompagne si fréquemment les affections des voies urinaires chez les sujets âgés. Elle donne à l'urine un coloration blanc verdâtre passant au vert brun. La décomposition s'opère dans la vessie. S'il est indiqué de placer constamment l'organisme sous son influence il faudra en donner environ 0,04 centigr. toutes les heures ou toutes les deux heures.

L. JUMON.

VARÉTÉS ET NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés au grade d'*officier de la Légion d'honneur :* M. le Dr Blum (Marie-Xavier-Louis-Albert), chirurgien des hôpitaux de Paris ; M. le Dr Florand (Antoine-Léon), médecin des hôpitaux de Paris.

Sont nommés au grade de *chevalier de la Légion d'honneur :* M. le docteur Arthaud (Gabriel) (Paris); M. le Dr Barié (Ernest-Louis), médecin des hôpitaux à Paris ; M. le docteur Bazy (Pierre-Jean-Baptiste), chirurgien des hôpitaux de Paris ; M. le docteur Guépin (Ange-Jean) (Paris) ; M. le docteur Guiter (Emile) (Cannes) ; M. le docteur Isch-Wall (Maxime-Abraham) (Paris) ; M. le docteur Jacquet (Lucien), médecin des hôpitaux de Paris ; M. le docteur Lesigne (Lisieux) ; M. le docteur Lion (Gaston-Camille), médecin dse hôpitaux de Paris ; M. le docteur Maurange (Pierre-Gabriel-Joseph-Marie) (Paris) ; M. le docteur Rotillon (Eugène-François-Gustave) (Paris) ; M. le docteur Sollier (Paul-Auguste) (Boulogne-sur-Seine) ; M. le docteur Thiercelin (Emile-Alexandre-Désiré) (Paris) ; M. le docteur Tissier (Henri) (Paris) ; M. le docteur Truc (Hermentaire) (Montpellier) ; M. le docteur Vidal (Jean-Baptiste-Michel-Alfred), président du conseil général de la Haute-Loire ; M. le docteur Weill dit Weill-Mantou (Théodore-Julien) (Paris).

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Du Périer, P. Magnin, Martigny, Marx, Recht (de Paris), Decamps (d'Amiens).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Arnould, Bezaguet, Bize, Bonneau, P. Cantonnet, L. Cruveilhier, Faseuille, Lautaret, Henri-Alxeandre Martin- Alphonse Renault, I. Rosenthal, Seringe, Vitry (de Paris) ; Baisset (de Saint-Papoul) ; Calvet (de Valence) ; Cornu, Marsoo, Rozier (de Pau) ; Hautefeuille (d'Amiens) ; Pambrun (de Bayonne) ; Simon (de Pornic) ; Tourneur (de Crécy-en-Ponthieu) ; Trouvaint (de Pierre-pont-sur-Avre) ; Lassignardie (médecin de la marine).

Mérite agricole. — MM. les Docteurs Le Filliâtre, Morisse et Sauvineau (de Paris) sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

Médaille d'honneur des épidémies. — *Médaille d'or.* — M. le Dr Brard (de La Rochelle).

Médaille d'argent. — M. le Dr Bordas (de Paris).

Médaille de vermeil. — M. le Dr Piquet (de Constantine).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Barrillon (de Kroub) ; Genova (de Mac-Mahon) ; Gerin (de Bordj-bou-Arréridj ; Quintard (de Bône) ; Bouche (de Khenchela).

1er Congrès de stomatologie. (Paris, 1-5 août 1907). — Bureau : *Présidents d'honneur :* Docteurs Galippe et Redier ; *Président :* Docteur Cruet ; *Vice-Présidents :* Docteurs Claude Martin et Ferrier ; *Secrétaire général :* Docteur Chompret. — Les adhésions et communications doivent être adressées au secrétaire général : Docteur Chompret, 182, rue de Rivoli.

BIBLOGRAPHIE

Le Béribéri, par E. Jeanselme, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon. 1 vol. petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire.* (Masson et Cie, éditeurs). Broché, 2 fr. 50. — Cartonné toile, 3 fr.

Le béribéri est une polynévrite infectieuse ou toxique, grave et souvent mortelle, qui règne à l'état endémo-épidémique dans plusieurs régions chaudes et même tempérées du globe et fait d'innombrables victimes parmi les races de couleur. Nous ne possédions jusqu'ici, en France, aucune monographie d'ensemble sur ce sujet. Le docteur Jeanselme vient de combler cette lacune : pour écrire cette monographie, il a utilisé les nombreux matériaux qu'il a recueillis lui-même en Indo-Chine, en Birmanie et à Java, sans négliger toutefois les ouvrages des médecins hollandais, allemands et japonais qui ont poussé si loin l'étude de cette maladie. Ce volume rendra de grands services aux médecins de la Marine et des Colonies, aux médecins de District et de colons ou fonctionnaires, aux médecins sanitaires maritimes et, d'une manière générale, à tous les coolies dans les pays décimés par le béribéri.

A. Benoit.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

La mortalité à Paris pendant le dix-neuvième siècle. — Le Dr Jacques Bertillon montre que la mortalité à Paris a considérablement diminué pendant le cours du XIXe siècle et notamment pendant les vingt dernières années. Il recherche quelles sont les maladies dont la diminution a amené cette amélioration de la santé publique.

La mortalité de Paris sous la Restauration était de 32 à 33 décès par an pour 1.000 habitants.

Elle est restée voisine de ce chiffre jusque vers 1856-1860, où elle n'est plus que de 26. Aujourd'hui elle n'est plus que de 17. Ele a donc baissé de près de moitié. Mais c'est âge par âge qu'il faut l'étudier pour bien apprécier le progrès réalisé. De 1817 à 1854-1860, les changements sont faibles ; ils sont notables de 1856 à 1885 ; ils sont considérables de 1886 à 1905. En comparant 1856-1860 à 1901-1905, on constate que la mortalité, qui était de 158 décès pour 1.000 vivants, tombe à 55 de zéro à cinq ans ;

De cinq à dix ans, où elle était de 13, elle tombe à 5 ;

De dix à quatorze ans, où elle était de 7, elle ne s'élève plus qu'à 3.

Ainsi la mortalité baisse des deux tiers ou de moitié. Et ainsi de suite jusqu'à trente ans.

Pour les âges plus avancés, l'amélioration a été bien moindre.

On peut résumer ces données ainsi : si les 2 millions 722.731 habitants actuels de Paris étaient soumis à la mortalité de 24.4 décès par 10.000 habitants, qu'ils avaient il y a seulement une vingtaine d'années, Paris compterait 2.722,731 × 24.4 : 10.000 = 66.434 décès par an. Or, il n'y en a que 47.843. soit 18.591 de moins. Ce sont donc 19.009 vies humaines que les progrès de l'hygiène sauvent *chaque année* à Paris ; elles se composent notamment de 10.000 vies d'enfants de moins de cinq ans, et de 7.000 autres de quinze à cinquante ans.

Les causes de mort qui ont fait diminuer dans la plus grande proportion la mortalité à Paris sont l'ensemble des fièvres infectieuses (notamment la fièvre typhoïde et la diphtérie), les maladies de l'appareil respiratoire et la diarrhée infantile.

Les maladies suivantes présentent une amélioration moindre :

La tuberculose a manifestement diminué de fréquence depuis 1886, mais cette diminution est moins sensible que celle des maladies précédentes. Elle causait alors 499 décès par an pour cent mille vivants, et elle en cause encore 456. Ce chiffre est beaucoup plus élevé que ceux de Londres, Berlin et même Vienne. En France même, le Havre et Rouen sont les seules grandes villes qui présentent des chiffres encore plus élevés. Les hommes, à Paris, sont deux fois plus sujets que les femmes à cette terrible maladie. Les quartiers pauvres sont les plus atteints.

La méningite, dans son ensemble, a diminué de fréquence : cette amélioration semble entièrement au compte de la méningite simple, tandis que la méningite tuberculeuse aurait conservé depuis 1886 tout au moins une fréquence à peu près la même.

Enfin le cancer et la néphrite (celle-ci souvent suite d'alcoolisme) ont augmenté de fréquence.

Les autres grandes capitales de l'Europe ont aussi constaté une diminution notable de leur mortalité. Le plus souvent les causes de mort qui diminuent de fréquence chez elles sont aussi celles dont nous avons constaté le recul dans notre ville. Une seule exception notable à cette règle ; elle concerne la plus terrible des maladies : la tuberculose. La diminution très réelle constatée à Paris est bien inférieure à celle qu'on observe ailleurs. Paris est plus frappé par ce fléau que la plupart des grandes villes de France et de l'étranger.

Congrès de l'Alliance d'hygiène sociale (Nancy, juin 1906). — Les vœux suivants, proposés par M. Schmitt, ont été acceptés par l'unanimité du Congrès :

XXXIII. — Que l'instruction et l'éducation antialcoolique des enfants et des jeunes gens ne figurent pas seulement à titre platonique dans les programmes d'études, mais qu'elles soient spécialement recommandées et avec insistance aux maîtres des divers ordres d'enseignement, surveillées par les chefs hiérarchiques et sanctionnées, pour les élèves, dans les examens de fin d'études et, pour les maîtres, par des notes données à ceux qui auront dépensé le plus d'activité et obtenu les meilleurs succès.

XXXIV. — Que la vente des boissons alcooliques soit, à nouveau, interdite dans toutes les cantines de l'armée et qu'aucune considération étrangère à la discipline ou à l'hygiène n'entrave le droit des commandants d'armes de consigner à la troupe les cabarets favorisant l'inconduite ou menaçant la santé des hommes.

XXXV. — Que la vente de l'absinthe soit interdite en France et dans les colonies françaises ; interdit également l'emploi des essences artificielles pour la fabrication des boissons alcooliques.

XXXVI. — Que la limitation du nombre des débits soit tentée par le retour à l'autorisation préalable entourée de garanties sérieuses, par la fermeture administrative ou judiciaire des établissements dont les tenanciers seront convaincus de l'un des délits spécifiés à l'article 9 de la loi de 1880, par la fixation d'une distance minima à déterminer suivant les diverses localités et en deça de laquelle ne pourra s'ouvrir aucun nouveau débit à proximité des écoles et des casernements.

XXXIX. — Qu'il soit créé un certain nomn sévère des dispositions de la loi de 1873 à tout débitant qui aura servi des liqueurs alcooliques à un mineur âgé de moins de seize ans et à quiconque aura fait boire un mineur jusqu'à l'ivresse, et que, dans ce dernier cas, la fermeture du débit soit prononcée.

XXXVIII. — Que le privilège des bouilleurs de cru soit aboli.

XXXIX. — Qu'il soit créé un certain nombre d'asiles spéciaux pour l'isolement et le traitement des buveurs, avec section réservée aux jeunes gens dont le placement, suivant les cas, serait volontaire ou demandé par les familles, ou imposé d'office par les tribunaux.

XL. — Que de larges subventions soient accordées par l'Etat aux sociétés de tempérance avec affectation spéciale à leurs œuvres de préservation de l'adolescence.

Trois vœux subsidiaires furent, en outre, poposés au Congrès, l'un par Mme Moll Weiss, ainsi conçu :

XLI. — Que dans les écoles ménagères, on fasse connaître aux maîtresses l'importance des mets sucrés dans l'alimentation populaire rationnelle.

Les deux autres vœux présentés par M. Grau comportent :

XLII. — Que des arrêtés réglementaires fixent l'heure d'ouvertue des débits, le matin.

XLIII. — Que les sociétés populaires n'établissent pas leur siège dans les débits ou leurs annexes.

Ces trois vœux à l'unanimité.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

COLLECTION MÉDICALE

Volumes in-16, cartonnés à l'anglaise, à 4 et à 3 francs

DERNIERS VOLUMES PARUS :

Essai sur la puberté chez la femme, par le Dr Marthe FRANCILLON, ancien interne des hôpitaux de Paris ..... 4 fr

La mélancolie, par R. MASSELON, médecin adjoint de l'asile de Clermont (*Couronné par l'Académie de Médecine*) ..... 4 fr.

Les embolies bronchiques tuberculeuses, par le Dr SABOURIN, médecin du sanatorium de Durtol (Puy-de-Dôme), avec figures ..... 4 fr.

Pratique de la chirurgie courante, par le Dr M. GORNET. Préface du prof. OLLIER, avec 111 gravures ..... 4 fr.

Envoi franco, au reçu de la valeur en mandat-poste

TRAVAUX ORIGINAUX

DU TRAITEMENT ACTUEL DES FRACTURES

Par le Dr Auguste Benoît
Ancien interne des hôpitaux

En considérant le chemin parcouru en chirurgie viscérale, on est tenté de juger que le traitement des membres fracturés n'a pas bénéficié dans la même mesure des progrès accomplis dans ces vingt dernières années. Et ce, parce que, dans bien des cas de fractures graves, où l'immobilisation s'impose, la manière dont nous agissons n'est guère différente de la pratique d'Ambroise Paré, Desault, Nélaton et autres grands ancêtres de la chirurgie française. Un grand pas avait été fait, qui remonte à Dieffenbach, puis à Mathysen et van de Loo, avec la découverte des moules plâtrés, remplaçant les appareils lourds et compliqués de leurs prédécesseurs. Ceux-là avaient été précédés eux-mêmes de l'emploi des appareils dextrinés ou silicatés dont ils n'étaient qu'un perfectionnement. Depuis que leur emploi est devenu courant, il s'est établi une longue période qui dure encore, pendant laquelle aucune amélioration n'a été apportée au traitement des fractures par l'immobilisation. Cela tient à plusieurs causes ; c'est tout d'abord parce que les fracturés guérissent toutes dans d'assez bonnes conditions ainsi traitées. Ensuite parce qu'à la même heure où fut réalisé ce mode d'immobilisation pratique, s'ouvrait l'ère antiseptique qui délivrait malades et chirurgiens du spectre des complications, habituelles à ceux de ces traumatismes qui se compliquaient d'une plaie.

Pourtant, depuis l'année 1880 environ, avec le massage, de nouveaux efforts qu'il ne faut pas méconnaître ont été faits pour améliorer le sort des fracturés. Peu de temps après, la prodigieuse découverte de Rœntgen permettait la vue directe sur le squelette et l'ont crut tout d'abord pouvoir attendre davantage de la radioscopie et de la radiographie. Un des premiers résultats de cette nouvelle méthode, et non des moins surprenants, fut de nous démontrer que nombre de fractures anciennes, s'étant consolidées fort irrégulièrement, n'avaient pas empêché les blessés de se servir très utilement de leur membre. La notion, néanmoins avait sa valeur. Toutes ces acquisitions aussi nouvelles que récentes marquent donc un progrès, qui n'est pas niable et il semble que les fractures bien traitées doivent guérir dans de meilleures conditions qu'autrefois. Malgré cela, il règne un certain désarroi dans l'application des méthodes nouvelles. Les praticiens, que cette question intéresse tous, solicités de divers côtés, hésitent parfois sur la voie à suivre. Cette indécision, disons-le, n'a d'autre cause que l'exclusivisme apparent qu réel de quelques chefs d'école. Les modifications qu'ont subies les règles autrefois classiques, du fait des progrès que je viens d'énumérer, sont aujourd'hui assez connues de tous, pour que l'on puisse, en face d'un cas particulier, faire la part qui leur revient, en un mot se montrer progressiste, sans péril pour le patient. En effet, on

ne trouve plus guère aujourd'hui de médecins décidés à se confiner dans l'emploi exclusif de l'immobilisation absolue, puisqu'on a dès longtemps remarqué qu'une certaine dose de mouvement favorise la réparation des fractures. Mais beaucoup ignorent dans quelle mesure on peut appliquer la mobilisation du membre et le massage, cette arme à deux tranchants, qui a causé de sérieux accidents entre des mains inexpertes. De plus, en parcourant toute la littérature médicale qui traite de ces questions, on peut à bon droit hésiter sur l'opportunité du traitement des fractures par la suture osseuse. Or, chacun de ces procédés a des indications précises. C'est ce qu'il est facile de démontrer, en s'appuyant sur la pratique moderne des maîtres français et étrangers les plus compétents, en s'aidant de l'observation journalière des faits personnels. La ligne de conduite à adopter varie donc suivant les différents cas ; les règles que nous devons suivre n'en sont pas moins susceptibles d'être enfermées dans quelques formules simples, que reproduiront nos conclusions.

I

Rien n'est plus important pour la réputation d'un chirurgien que la guérison d'une fracture dans de bonnes conditions. A ce propos, je citerai les réflexions humoristiques d'une confrère anglais, M. Bowser dans son discours récent à la British Medical Association (1) : l'homme qui a eu le malheur de se casser un membre ne voit rien de plus essentiel que de guérir de son malencontreux accident. Son sort est entre les mains de son chirurgien. Le bon renom de celui-ci, d'un autre côté, dépend beaucoup de l'issue du traitement. En effet, le public qui se rend si difficilement compte du bien qu'a pu faire l'opérateur, en agissant sur des organes qui se dérobent à la vue, par contre n'hésite pas à édicter un verdict sévère, lorsqu'après une chute sur la glace pendant l'hiver, il voit reparaître le printemps suivant celui qui en fut victime se tortillant péniblement avec un membre ankylosé, ou claudicant avec une jambe raccourcie... Heureux encore si le radiographe, armé du tube de Crookes et du fluoroscope, ne vient pas enregistrer pour sa plus grande honte les moindres déviations qui éloignent l'os fracturé de sa forme idéale ! En France, comme en Angleterre fleurissent des praticiens de fortune jouissant de la réputation plus ou moins méritée de guérir les fractures. La survivance extraordinaire de ces irréguliers de la médecine est un reproche à la chirurgie moderne... » N'est-elle pas plutôt un attristant témoignage de l'éternelle sottise humaine, si ce n'est de la croyance au surnaturel qui persiste, en dépit de la raison et de l'instruction ? Quoiqu'il en soit, ces considérations, dont le fond est parfaitement exact, montrent qu'il n'est pas excessif, délaissant la maladie à la mode, de s'occuper plus sérieusement de ces questions, c'est le cas de le dire, plus terre à terre. Aussi avons-nous constaté avec plaisir que les fractures de jambe avec grosse déformation avaient donné lieu, à la société de chirurgie, à une discussion que nous aurions voulu plus prolongée et plus documentée. Il eût été fort intéressant de connaître, en les contrôlant par la radiographie, les résultats obtenus *sur des séries nombreuses*, suivant que la réduction de ces fractures avait été faite avec ou sans anesthésie générale, avec ou sans l'aide du fluoroscope. A défaut de travaux de ce genre qui pourront être publiés dans l'avenir, il s'est produit un

(1) *Border Counties Branch* , 29 juin 1906.

échange de vues qui fixe pour la pratique certains points fort importants. J'y reviendrai tout à l'heure. Mais il nous faut tout d'abord examiner en soi les nouveaux procédés, qui ne se sont pas *substitués* aux anciens, la discussion de la Société de chirurgie en est une nouvelle preuve, mais sont venus *s'ajouter* à eux, tout en restreignant notablement leur domaine. Ces moyens, en un mot se complètent les uns par les autres.

L'IMMOBILISATION elle-même qui persiste comme l'élément indispensable pour maintenir la réduction des fractures les plus graves, n'a subi que peu de modifications depuis l'invention des appareils plâtrés. Elle est un principe immuable, auquel tous les autres sont subordonnés dans toutes les fractures avec grand déplacement et, si l'on ne peut suivre quelques chirurgiens américains qui voudraient traiter les fractures les plus simples par la suture osseuse, on ne saurait se passer de fixer dans la rectitude les os longs fracturés par paires, avec important chevauchement des fragments sitôt la réduction obtenue. J'ai dit avec intention que l'immobilisation est la première loi dans le traitement des fractures les plus déformantes qui sont en même temps les plus sérieuses. En effet les fractures ne sauraient plus être considérées aujourd'hui comme tirant leur gravité de ce fait qu'elles se compliquent d'une plaie et sont ouvertes à l'infection. Les résultats constamment bons qui ont été obtenus partout sous des pansements antiseptiques permettent d'affirmer qu'il est préférable d'avoir une fracture ouverte bien réduite, qu'une fracture fermée avec réduction difficile ou impossible.

Ce sont donc les fractures à *grands déplacements* qui réclament aujourd'hui toute notre attention pour l'avenir de la fonction ; ce sont aussi les fractures à fragments très mobiles, quoique sans déplacements, parce que ces derniers pourraient survenir, si la surveillance se relâchait quelque peu. Le maintien des appareils contentifs en tête des moyens d'action dont nous disposons est donc parfaitement justifié. Et ceci personne ne le conteste ; j'aurai occasion d'y revenir. Il est donc plus important que jamais de savoir bien appliquer un appareil qui fixe en bonne position un membre fracturé. Seul, parmi tous les anciens, l'appareil de Scultet est encore employé dans d'importants services pour les fractures de jambe. Composé d'éléments simples, assez faciles à préparer d'avance, il a l'énorme avantage de permettre la surveillance presque quotidienne des membres, l'application de divers résolutifs considérés comme utiles au début et peut même suffire à mener à bien la réparation de certaines fractures à la condition d'être fréquemment resserré et surveillé. Il cadre d'ailleurs assez bien avec les nouvelles vues qui comportent plutôt des appareils amovibles ou amovo-inamovibles que des appareils fixes. Mais il est des cas où une contention plus exacte est nécessaire. Ici la confection d'un APPAREIL MODELÉ est de rigueur. La méthode générale d'application de ces appareils, partout la même, quel que soit l'os fracturé fait disparaître le reproche adressé fort inopportunément à l'immobilisation, celui d'exiger un dispositif différent, suivant le siège de la fracture. On doit s'exercer surtout à confectionner des valves laissant à découvert une partie du membre, dont il faut, autant que possible éviter l'enveloppement complet, nuisible à la respiration de la peau. C'est là une des raisons pour lesquelles les bottes silicatées, encore usitées il y a peu d'années, sont tombées en complète désuétude. Tantôt, dans des cas bien déterminés, l'inamovibilité est obtenue par l'*extension continue*. Celle-ci pour pouvoir être supportée, doit être appliquée sur une large surface et porter exclusivement sur le segment du membre situé au-dessous du foyer de fracture. Ce n'est que de cette fa-

çon que l'on arrive à faire supporter à une adulte des poids portés successivement de 1 à 4 kilogr., alors que des expérimentateurs avaient déclaré la manœuvre impraticable. Les dits appareils sont ceux que l'on emploie pour obtenir l'immobilité sévère ; mais il est bien des cas où de simples attelles, convenablement disposées permettront de maintenir le membre en bonne position sans qu'il soit nécessaire de faire davantage.

L'immobilisation même la plus sévère peut d'ailleurs se concilier avec la nécessité de ne pas laisser péricliter la santé générale, dans bien des cas et c'est ici le lieu d'indiquer à nouveau les services que l'on peut attendre des *appareils de marche*. Ces appareils, en usage en Amérique depuis assez longtemps furent préconisés en France par P. Reclus. Une description soignée avec figure en fut donnée dans un mémoire par Sorel (du Havre) qui avait voulu, par ce traitement abréger, chez des manœuvres la durée de l'immobilisation. Non qu'il soit possible de leur permettre de se livrer à un travail quelconque immédiatement, mais bien parce que la durée du traitement se trouvait ainsi considérablement abrégée. Personnellement, je n'en ai fait usage que pour permettre à des enfants atteints de tumeur blanche du genou de circuler immédiatement, au lieu de vivre imombilisés dans une lourde gouttière plâtrée et dans l'air confiné d'une chambre et je dois dire que je m'en suis bien trouvé (1). Je ne sais si les initiateurs de cette méthode en France en ce qui concerne les fractures, ont persévéré, mais je suis surpris, si les premiers résultats publiés sont constants, que cette manière d'appliquer l'immobiliation absolue ne se soit pas plus généralisée. Et cela est d'autant plus surprenant qu'on ne redoute plus quelques ébranlements dans les foyers de fracture.

L'immobilisation d'un fracture sérieuse trouve un puissant auxiliaire dans l'emploi d'une COMPRESSION modérée ; comme ce point a été discuté, nous ne craindrons pas d'y revenir.

Il semblerait inutile aujourd'hui de s'étendre longuement sur les *avantages* de la vieille méthode. On sait à quel point un blessé qui a subi un grand traumatisme apprécie la disparition subite d'une douleur atroce, que lui assure la contention absolue. Au point de vue chirurgical, c'est l'*unique* moyen d'obtenir la coaptation des fragments, après une bonne réduction, sans qu'il soit nécessaire de reconstituer la forme idéale de l'os, chose d'ailleurs impossible dans bien des cas. C'est aussi le plus sûr moyen d'éviter les consolidations angulaires qui sont la terminaison trop fréquente de fractures trop mobiles et mal maintenues en place. C'est la quiétude pour le chirurgien, empêché le plus souvent de donner à ce genre de fractures toute la surveillance qui serait nécessaire en agissant autrement. Tout cela est de notion courante.

Nous nous étendrions volontiers plus sur les *inconvénients*, également connus de tous, mais qui ont été exagérés à plaisir. En immobilisant, a-t-on dit, on retarde considérablement la formation du cal et on entrave sa formation. Le premier reproche est certainement fondé, si l'on accepte les idées modernes sur l'utilité du mouvement, qui ont la logique pour elles. Mais, ne l'oublions pas, la contention par un véritable appareil inamovible est un procédé de rigueur dirigé contre des déformations absolument incompatibles avec la fonction du membre et personne ne songe, à l'heure actuelle, par esprit rétrograde, à vouer de gaîté de cœur un blessé à des inconvénients évitables. Mais ces inconvénients eux-mêmes sont-ils bien aussi

(1) *Revue de Thérapeutique*, Méd. Chir., 15 août 1904.

néfastes qu'on veut bien le dire ? En ce qui touche la formation du cal, des multitudes d'observations prouvent que ce développement s'accomplit avec une régularité parfaite et quelquefois même avec une exubérance gênante.

L'immobilisation prolongée entrave la nutrition des parties molles, cause l'atrophie des muscles, enraidit tendons et jointures. C'est là, à n'en pas douter, le mauvais côté de l'ancienne méthode, celui précisément auquel o na cherché à remédier. Il faut reconnaître toutefois que ces troubles sont passagers dans la grande majorité des cas et qu'il appartient au chirurgien soigneux de les limiter et d'y porter remède. On ne saurait se conduire identiquement en face d'un sujet appartenant à la classe aisée et chez celui qu'un malencontreux accident immobilise pour son plus grand préjudice, ni surtout faire abstraction complète de l'âge du blessé, de la souplesse habituelle de son corps, ou des menaces d'ankylose qui guettent toujours le rhumatisant. J'ai toujours souvenir, entr'autres fractures traitées, suivant l'ancienne manière, par l'immobilisation sans atténuation pendant plusieurs semaines, de deux cas de fracture de jambe que mon confrère le Dr Angelvin voulut bien me confier. Dans l'un d'eux de réduction laborieuse, car le pied était complètement déjeté, le membre fut enfermé dans un appareil plâtré, où il demeura quarante-cinq jours. Je vis le malade quarante-huit heures après son application, puis je dus l'abandonner à lui-même jusqu'à la fin du long délai habituel. Ce malade, qui était jeune, sortit de son appareil avec un membre parfaitement corrigé; mais dans l'impossibilité de mouvoir ses jointures.. Huit à dix jours après, il reprenait son métier de coiffeur et j'ai su depuis qu'il n'avait pas conservé la plus léège entrave à l'exercice de son membre. Presque à la même époque survenait le deuxième cas dans lequel j'appliquai à tort un traitement uniforme. Il s'agissait cette fois d'une femme obèse, chez laquelle le déplacement était presque nul. Après l'expiration de la période d'immobilisation, même impotence fonctionnelle qui dura des semaines et des mois. Il est clair qu'en faisant une importante distinction dans la manière de traiter ces deux fractures pourtant identiques, comme je l'eusse fait aujourd'hui, j'aurais obtenu dans la seconde un résultat meilleur. C'est pourquoi je dirai que le choix des moyens et la fixation des délais est affaire de tact chez le chirurgien qui devra montrer plus souvent que cela n'arrive des qualités médicales. Et s'il est vrai, comme le dit l'expression populaire, qu'on se « casse la jambe », plutôt qu'on ne se « fracture le tibia » (Bowser), comme il n'est pas toujours possible d'agir à la fois sur les lésions des parties molles et sur le système osseux, on s'assurera tout d'abord du maintien des fragments en bonne position. Mais le procès de l'immobilisation n'est pas terminé, M. Lucas-Championnière pense pour sa part que la contention pour être réellement efficace ne saurait s'exercer à travers les parties molles sans compression nuisible. Il ajoute plus loin que la correction des plus grands déplacements s'obtient au contraire très facilement après trois ou quatre jours de massage. La contention à notre sens, n'amènera pas à elle seule le rapprochement des fragments. Mais il n'est pas contestable qu'elle puisse maintenir les résultats de la réduction, dans les cas où on a pu intervenir de bonne heure pour corriger une difformité très accentuée. Les résultats sont cliniquement parfaits et l'on ne saurait demander mieux. D'ailleurs M. Lucas Championnière reconnaît cette nécessité lorsqu'il écrit qu'il existe « des déplacements dangereux. Certaines déviations d'axe que rien ne réduit, *sauf la pression* "*un appareil inamovible* exigent qu'on ne provoque aucucun mouvement. Certaines saillies d'angles menaçantes et dangereuses causent le même embarras. » Or ces cas ne sont

pas aussi exceptionnels qu'il a coutume de le dire, si l'on examine les nombreuses radiographies qui sont aujourd'hui à la portée de tous. Il n'y a donc rien à ajouter à l'opinion exprimée par M. Ricard dans le traité de Duplay et Reclus, lorsqu'il juge qu'il est « d'une prudence élémentaire » de corriger avant tout les déformations, de prévoir celles qui peuvent se produire hors de notre surveillance. L'action musculaire ne saurait être tenue en respect par d'autre moyen que par l'immobilisation sévère. De la sorte, et grâce à des modifications que je vais indiquer, nous éviterons des infirmités incurables liées aux *consolidations vicieuses*. On a donc le droit de dire que l'immobilisation des fragments réduits est la condition première de toute guérison pour beaucoup de fractures. Elle constitue un procédé de nécessité qui seul assure le meilleur résultat, au prix de désavantages qu'il est en notre pouvoir de réduire au minimum.

(*A suivre*)

TRAITEMENT DE LA PRÉSCLÉROSE

Par M. le Dr H. Huchard

L'hypertension artérielle précède le plus souvent, prépare et produit les lésions vasculaires de l'artério-sclérose. Par conséquent, celle-ci commence son premier stade prémonitoire, que j'ai étudié et fait connaître sous le nom de *présclérose*, par un état plus ou moins prononcé, plus ou moins prolongé de surtension sanguine avec absence presque complète ou même complète d'altérations artérielles, ce qui indique sa curabilité à cette période.

Cette notion de la présclérose primitive dont on comprend alors l'importance, que depuis plus de vingt années j'ai appuyée sur de multiples travaux et sur des milliers d'observations personnelles (celles-ci au nombre de plus de 13.000 dont au moins 10.000 relatives aux affections du cœur), cette notion n'a d'abord pas été acceptée par tous les auteurs, la plupart pensant que l'effet était confondu avec la cause, et que l'hypertension artérielle est consécutive aux lésions vasculaires au lieu de les précéder. Aujourd'hui les contradicteurs se font plus rares, et les médecins s'accordent à généralement admettre cette opinion au sujet de laquelle on trouve chez les auteurs anciens et modernes quelques vagues indications déjà rappelées dans mon *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte*. Malheureusement, ils n'en avaient discerné, ni les conséquences thérapeutiques, ni l'importance pratique réellement considérable.

Ainsi, Boerhaave, dès 1708, se borne à signaler le fait. En 1749, Sénac est plus explicite, et voici plusieurs passages où la notion de l'augmentation de la pression sanguine capable de produire des lésions vasculaires est assez bien indiquée :

« Dès que le volume du sang augmente — dit-il — les vaisseaux sont plus dilatés, leur distension est un aiguillon qui les sollicite ; ils poussent donc avec plus de force les fluides qu'ils renferment. Ce principe est évident par lui-même, mais il est appuyé par l'expérience. Qu'on lie l'aorte descendante, le sang, qui est obligé de se porter en plus grande quantité dans les parties supérieures, les rougit... Si l'effort du sang est quelquefois si grand, il peut remplir les viscères, les gonfler, y porter une irritation qui donnera encore plus d'action au cœur... L'obstruction est formée en général par un étranglement ou par un resserrement des vaisseaux. L'inflammation est suite de l'obstruction. »

Comme on le voit, Sénac explique le fait par « l'augmentation de volume du sang » par l'ancienne pléthore sanguine, d'où l'indication des saignées plus ou moins répétées ou copieuses qui ne réussissent que temporairement, comme tant d'autres moyens dont nous parlerons, à abaisser la tension vasculaire.

Après Sénac, un très long silence se fait sur cette question pendant plus d'un siècle, et ce n'est qu'en 1874 que Mohamed (*Med. chir. Trans.*, London, 1874), étudiant le « stade préalbuminurique » du mal de Bright, admet une période fonctionnelle caractérisée par l'hypertension sanguine sans altération du rein et des vaisseaux.

A une époque plus rapprochée de nous, une année après nos premières leçons sur l'artério-sclérose (*France méd.*, 1885) et trois ans après notre travail sur l'angine de poitrine (*Rev. de méd.*, 1883), Ottomar Rosenbach s'exprime ainsi (*Breslauer ærtzl. Zeitsch.*, 1886) : « Pour ce qui est du mécanisme pathogénique du processus artério-scléreux, nous sommes complètement sur le terrain de la théorie qui veut que l'épaississement et les altérations consécutives de la paroi artérielle soient sous la seule influence de la pression s'exerçant sur les tissus, comme nous voyons en d'autres régions du corps se montrer les diverses formes d'hypertrophie et d'épaississement par suite de la réaction des tissus contre la pression s'exerçant continuellement sur eux. »

Dès 1883 (*Brit. med. Journ.*), sir William Broadbent étudiait les causes et conséquences de l'excès de tension artérielle et dans son excellent livre (*The pulse*, 1890) il subordonnait expressément les lésions artério-scléreuses à l'augmentation de la tension sanguine. Quelques années plus tard (*Hunterian Soc.* 1895), Clifford Albutt émettait la même opinion.

Enfin, dans plusieurs leçons récentes et remarquables sur « l'hypertension artérielle et certaines de ses conséquences » (*The Clin. Journ.*, nov. et déc. 1906), Léonard Williams en Angleterre, s'exprime ainsi : « L'hypertension (abstraction faite de ses causes) est primitive en ce sens qu'elle existe indépendamment de toute lésion organique. Cette doctrine qui, pendant des années, a été prêchée dans le désert par Huchard en France, puis par Clifford Albutt en Angleterre, est à présent reconnue par presque tous ceux qui se sont adonnés à cette étude. »

Il convient d'ajouter que Josué a pu, dans ces derniers temps, produire de l'athérome artériel chez des animaux par des injections d'adrénaline, substance qui élève, comme on le sait, la tension artérielle d'une façon très remarquable. Quelques auteurs se sont même autorisés de ces expériences qui confirment la notion de la présclérose, pour admettre, avec une exagération évidente, l'origine surrénale de l'artério-sclérose, alors que celle-ci procède de facteurs multiples, comme je l'ai démontré.

Je ne cite que pour mémoire le travail d'un auteur italien, Andréa Ferranini,

paru il y a trois ans et tendant à établir que certaines scléroses vasculaires sont sous la dépendance d'un état habituel d'hypotension. Le fait est loin d'être démontré, et il s'agit plutôt, dans ces cas, de scléroses spéciales et tout à fait localisées à quelques organes.

II

De cette notion de l'hypertension artérielle et de la présclérose est née la *médication hypotensive* que j'ai déjà exposée à l'Académie de médecine (30 juin 1903), et deux ans auparavant à l'Académie de médecine de Belgique.

Cette médication hypotensive tend à combattre isolément quatre hypertensions : *artérielle*, *pulmonaire*, *portale*, *veineuse*. Je ne m'occuperai, pour aujourd'hui, que de la première, et l'énumération suivante des maladies où l'hypertension artérielle constitue un danger et doit être combattue sans relâche, comme je l'ai rappelée encore dernièrement dans mon rapport du Congrès de Lisbonne sur les « conséquences de l'hypertension artérielle », cette énumération, dis-je, montre l'importance de la médication :

Angine de poitrine avec aortite et artério-sclérose, certaines *douleurs cardiaques* et *palpitations* dues à la dilatation du cœur par angiospasme périphérique ; une forme de *pseudo-anémie* angiospastique décrite par un auteur suédois, Vermehren (*Hospitalstidende*, Stockholm, 1902) reproduisant en grande partie la symptomatologie de la présclérose et survenant souvent, d'après nous, au moment de la ménopause par suite de la suppression fonctionnelle d'un frein hypotenseur, de l'ovaire; *uricémie*, *goutte*, *aortisme héréditaire* que j'ai observé, *tabagisme*, *néphrite artérielle et interstitielle*, *syncope locale des extrémités*, *maladie de Stokes-Adams*, *anévrismes*, *présclérose et cardiopathies artérielles*, certaines palpitations et *intermittences cardiaques*, quelques maladies infectieuses comme la scarlatine, etc. L'an dernier, à cette tribune (8 mai 1906), j'ai donné la relation de trois anévrismes de l'aorte considérablement améliorés et même guéris par la seule médication hypotensive. Sans doute, cette opinion n'est pas partagée par tout le monde ; mais je me borne à raconter ce que j'ai vu, ce que je crois avoir bien observé.

Comme on le voit, la médication hypotensive s'adresse à des états morbides nombreux et divers, elle répond à des indications multiples et précises, elle vise le traitement *préventif* d'un grand nombre de maladies et principalement de l'artério-sclérose. Puisque le système artériel est le régulateur et le soutien du cœur, il faut veiller à nos artères pour alléger, pour faciliter le travail de ce dernier organe. Car si les artères à l'état normal sont les auxiliaires du cœur, à l'état pathologique elles en deviennent les plus grands ennemis. On devient cardiaque par les artères, on ne devient pas artériel par le cœur ; ce qui prouve que dans toutes les cardiopathies et surtout dans les cardiopathies artérielles, le cœur central souffre par le cœur périphérique, et que c'est à ce dernier que doit s'adresser presque tout l'effort thérapeutique.

III

Comme je l'ai démontré une fois de plus il y a quatre ans à l'Académie de médecine, la médication hypotensive est réalisée par des agents hygiéniques ou physiques et par des agents médicamenteux.

Dans les premiers se placent : le *régime alimentaire*, les exercices musculaires et

le *massage* (en particulier le massage abdominal et le massage précordial d'après des règles précises établies dans mon service de l'hôpital Necker et qui vous ont été exposées à deux reprises différentes par M. Cautru (*Acad. de méd.*, 1904 et 1905), la balnéation et les *bains carbo-gazeux* dont l'action physiologique et les indications thérapeutiques ont été élucidées en 1905 par la thèse de mon interne M. le Dr Mougeot, la balnéation à Bourbon-Lancy dont les propriétés radio-actives exercent une influence sédative des plus remarquables sur le cœur et les vaisseaux, comme l'a démontré mon interne M. le Dr Piatot ; les *courants de haute fréquence* dont la science est redevable à notre collègue M. d'Arsonval.

Aux seconds appartiennent : le *lacto-sérum* de Blondel, au sujet duquel il serait intéressant de faire de nouvelles expériences ; l'*organothérapie* et toute la série des remèdes appartenant à la classe des *nitrites :* nitrite d'amyle, nitro-glycérine ou trinitrine, tétranitrate d'érythrol ou tétranitrol dont je vous ai entretenus à cette tribune en 1901, nitrite de soude et même nitrate de potasse, peut-être la théobromine par son action sur l'élimination rénale, celle-ci d'une telle importance qu'elle constitue, comme je l'ai démontré, le « traitement rénal des cardiopathies artérielles », bien étudié dans la thèse de mon interne, M. Bergouignan (Paris, 1902).

IV

Je me borne à cette simple énumération, parce que les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la plupart de ces agents divers ont été suffisamment étudiés dans ma communication sur la médication hypotensive (*Ac. de méd.*, 1903).

Mais, trois considérations importantes doivent arrêter notre attention, et c'est pour cela que j'ai pris la parole aujourd'hui.

1° La présclérose n'est pas seulement constituée par un symptôme, l'hypertension artérielle. Il s'y joint toujours, ou presque toujours, dans son cours, un degré plus ou moins accusé d'insuffisance rénale démontrée par de nombreuses recherches expérimentales et cliniques ; de sorte que le problème consiste, non pas seulement à combattre l'hypertension, mais encore et avant tout cette insuffisance rénale, une des principales causes de l'hypertension. Et lorsque, tout dernièrement, mon interne, M. le Dr Amblard (*Semaine médicale*, août 1906), a démontré « l'origine rénale de l'hypertension artérielle permanente », il a donné du même coup gain de cause à ma notion du traitement rénal des cardiopathies artérielles.

2° La plupart des agents médicamenteux ou physiques n'abaissent la tension artérielle que d'une façon temporaire. De ce nombre sont les nitrates, les iodures, les extraits d'organes hypotenseurs, le massage, les courants de haute fréquence, etc. Cependant, ces derniers paraîtraient, d'après quelques auteurs, prolonger l'action hypotensive pendant des semaines, des mois et même des années ! Je ne nie pas le fait, puisqu'il a été affirmé, et quoique l'application de la d'Arsonvalisation à la thérapeutique soit d'origine toute récente ; mais j'avoue ne pas l'avoir constaté au delà de quelques jours ou d'une à deux semaines au plus, et j'ajoute, encore une fois, qu'en admettant même l'exactitude absolue de cette assertion, on doit toujours se rappeler que l'hypertension artérielle est loin de constituer toute la symptomatologie de l'artério-sclérose et même de la présclérose, et qu'en supprimant un seul symptôme on est loin de supprimer toute une maladie.

3° La médication hypotensive, réalisée d'une façon temporaire par les agents phy-

siques et médicamenteux, a besoin de l'adjonction de deux autres médications pour devenir permanente; ces deux autres médications absolument indispensables sont relatives au *régime alimentaire* et à *l'élimination rénale*.

Au sujet du *régime alimentaire*, on me permettra de reproduire un long passage que j'ai écrit dès 1889 dans mes « leçons sur les maladies du cœur et des vaisseaux » :

« Je suis convaincu — disais-je alors — que les excès et surtout les erreurs d'alimentation, en jetant dans l'organisme un grand nombre de substances toxiques, telles que les ptomaïnes non éliminées par le filtre rénal devenu de bonne heure insuffisant ou imperméable, sont une cause fréquente d'artério-sclérose ; en un mot, certaines toxines alimentaires possèdent des propriétés convulsivantes agissant, les unes sur les muscles des membres comme dans le cas de contracture des extrémités d'origine gastrique, les autres sur la musculature vasculaire. Il en résulte dans tout le système artériel un état de spasme plus ou moins permanent, lequel produit rapidemnt de l'hypertension et consécutivement de l'artério-sclérose. La conclusion thérapeutique est celle-ci : il faut prescrire un régime d'où sont exclus les aliments plus ou moins riches en ptomaïnes ou en matières extractives. Ceux qui viendront après moi, confirmeront ces idées et auront ainsi, avec les déductions thérapeutiques que soulève cette question, l'explication de la grande fréquence des affections cardio-artérielles ».

Voilà ce que je disais en 1889 et ce que je répétais deux ans plus tard au Congrès de Marseille sur « l'origine alimentaire et le traitement préventif de l'artério-sclérose ».

Nous avons démontré ensuite que les toxines alimentaires sont des poisons vaso-constricteurs et hypertenseurs, et qu'elles déterminent une dyspnée particulière confondue jusque-là avec la dyspnée dite cardiaque ou aortique, à laquelle — en nous inspirant des recherches déjà anciennes et lumineuses de M. Armand Gautier qui restent encore dans la mémoire de tous — nous avons d'abord donné le nom de ptomaïnique, puis de dyspnée toxi-alimentaire, et les résultats thérapeutiques sont venus donner à cette interprétation nouvelle des troubles respiratoires une sanction qui ne s'est jamais démentie.

Partant ensuite de cette constatation formelle, que l'*insuffisance rénale* est un symptôme précoce et constant des cardiopathies artérielles, même à leur période prémonitoire de présclérose, nous avons établi qu'elle peut en être aussi la cause. « En effet, le rein — ai-je dit alors — n'a pas une faculté illimitée d'élimination. Quand on introduit trop de poisons dans l'organisme, il en reste une certaine quantité qui ne peut être éliminée, le rein est insuffisant à la tâche excessive qu'on lui impose, et c'est ainsi qu'est constituée son insuffisance *relative*. Elle est relative, parce qu'elle ne dépend pas directement de l'organe éliminateur encore intact, mais de la quantité trop grande de matières, c'est-à-dire de toxines vaso-constrictives à éliminer. La maladie commence par une intoxcation, elle continue et elle finit par une intoxication.

De ce fait est né le traitement rénal des cardiopathies artérielles parce que, si la maladie est au cœur et aux artères, le danger est au rein. Car, réduire au minimum par l'alimentation les toxines de cette alimentation, c'est bien ; les éliminer ensuite, c'est encore mieux. Et le régime alimentaire, tel que je l'ai proposé, satisfait déjà en partie à l'indication rénale.

Donc, combattre dès le début l'hypertension artérielle dans sa cause par la pres-

cription du régime alimentaire lacto-végétarien et hypochloruré qui devient la base du traitement ; la combattre encore dans ses effets par la médication vaso-dilatatrice et hypotensive ; réduire au minimum l'introduction des toxines alimentaires dans l'organisme, favoriser de bonne heure et toujours leur élimination par le traitement rénal et diurétique ; enfin soutenir le cœur central dans sa lutte incessante contre les obstacles périphériques : tel est le problème thérapeutique à résoudre.

Reconnaître, de bonne heure également, la première période fonctionnelle de la maladie, faire le diagnostic précoce de la présclérose caractérisée par un état d'hypertension artérielle plus ou moins permanente et déjà par un degré plus ou moins accentué d'insuffisance rénale : telle est l'œuvre du clinicien. Il prévoit les lésions anatomiqus qui seront tôt ou tard la conséquence de cette sorte de surmenage vasculaire presque ininterrompu, les complications nombreuses qui sont le résultat de l'intoxication de l'organisme, et quand la clinique prévoit, la thérapeutique est bien près de prévenir...

V

Nous avons donc en main la médication préventive de l'artério-sclérose, et son importance est d'autant plus grande qu'une fois les lésions constituées, nous ne pouvons plus espérer que des guérisons fonctionnelles, et non pas des guérisons anatomiques. Il est plus conforme à l'esprit scientifique et à la vérité d'apprendre comment on évite ou prévient une maladie, que de dire ou proclamer inconsidérément une guérison absolue qu'on sait ne pouvoir obtenir. Sans doute, la médication iodurée dont on a tant abusé, dont on abuse encore à la période préscléreuse où elle est absolument contre-indiquée, peut encore produire quelques bons effets à la période de sclérose confirmée ; mais, à ce moment encore, rien ne vaut la médication par le régime alimentaire et par l'élmination rénale. En tout cas, ce serait commettre une erreur à la fois physiologique et clinique, ce serait exposer les malades à de cruelles déceptions que d'affirmer la guérison des affections cardio-scléreuses et principalement de leur symptôme dominateur, la dyspnée toxi-alimentaire, par d'autres moyens, sans doute précieux, mais nullement curatifs de lésions. On guérit un trouble fonctionnel comme l'hypertension dont le caractère prémonitoire de l'artério-sclérose a été démontré, mais on ne guérit pas par un seul agent thérapeutique l'artério-sclérose confirmée avec toute sa symptomatologie si tourmentée, avec ses manifestations rénales et cardiaques, avec ses troubles dyspnéiques si accusés, avec ses accidents toxiques et ses complications angineuses ; on ne guérit pas les « cicatrices d'une blessure » à l'aide des agents physiques et médicamenteux dont j'ai donné l'énumération, du massage, des nitrites, des bains carbo-gazeux, de l'électricité, et des iodures dont l'influence curative a été singulièrement exagérée, je ne saurais trop le répéter.

Tous ces moyens ont leur utilité, surtout au début de la période préscléreuse de la maladie et même encore au cours de la sclérose confirmée ; mais ils sont insuffisants parce qu'ils ne s'adressent qu'à un seul symptôme, à l'hypertension artérielle, et parce qu'ils laissent celle-ci tomber d'une façon temporaire, si on n'a pas soin de les unir toujours au régime alimentaire lacto-végétarien et hypochloruré, soutenu par la médication rénale et diurétique, soutenu encore à la période avancée de la maladie par la dose *d'entretien cardiotonique* de la digitaline (un dixième,

un quinzième et même un vingtième de milligramme par jour pendant des semaines et même des mois, avec interruption mensuelle de huit à dix jours).

On pourra peut-être me trouver sévère et trop circonspect dans mes conclusions. Mais, je répète que la disparition d'un symptôme n'équivaut pas à la disparition d'une maladie.

Tel est, dans ses grandes lignes, le traitement curatif de la présclérose, devenant ainsi, comme il est facile de le comprendre, le traitement préventif de l'artério-sclérose et des nombreuses cardiopathies artérielles, traitement dont l'efficacité est appuyée sur un nombre considérable d'observations.

Contre la présclérose et l'artério-sclérose, il n'y a pas un médicament, mais toute une médication ; et un seul remède, quelque puissance qu'on lui suppose, ne peut à la fois abaisser la tension artérielle, combattre les accidents toxiques, vaincre l'imperméabilité rénale, ni plus tard faire rétrocéder et disparaître des lésions étendues à tout l'organisme. D'autre part, la sphygmomanométrie donne lieu à plusieurs erreurs : d'abord, on peut prendre pour une hypertension permanente une hypertension passagère disparaissant le plus souvent d'elle-même et il existe même des cas d'hypertension et d'hypotension alternantes ; ensuite, le maniement des sphygmomanomètres employés, sauf peut-être l'un d'eux un peu moins infidèle, exige une longue habitude pour ne pas exposer à l'erreur ; enfin, la constatation de l'hypertension permanente ne se fait pas seulement par le sphygmomanomètre, mais encore par d'autres signes : retentissement du second bruit aortique, stabilité du pouls dont j'ai donné ici les caractères cliniques, algidités locales et spasmes vasculaires, etc.

On le voit, je n'apporte pas ici un traitement absolument curatif de l'artério-sclérose, mais modestement son traitement préventif, ce qui est déjà beaucoup. Car, prévenir les maladies doit rester le but suprême de la médecine.

COMPTE RENDU DES SEANCES

DE

LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 22 janvier 1907

Présidence de M. St-Yves-Ménard

M. Rénon donne lecture d'un travail concernant *quelques effets opothérapiques de l'hypophyse.* L'ingestion matin et soir de dix centigrammes de poudre totale d'hypophyse de bœuf détermine une action opothérapique générale se traduisant par le ralentissement du pouls, l'élévation de la tension artérielle, le réveil de l'appétit et la diminution de l'insomnie. Ces effets opothérapiques sont conformes aux dernières recherches expérimentales et aux constatations récentes faites sur l'hypophyse normale et pathologique.

Dans la maladie de Basedow, la médication hypophysaire amène rapidement la diminution du tremblement, de l'exopthalmie, des troubles digestifs, des sueurs, des sensations de chaleur pénible. La tension artérielle s'élève vite. La tachycardie cède plus lentement. Le poids augmente presque toujours. Le goître diminue peu ou reste stationnaire. Si l'on cesse le traitement, la plupart des accidents reparaissent. Dans deux cas de goître basedowifié, tous les accidents se sont améliorés, à l'exception de la tachycardie et du goître.

Dans la tuberculose pulmonaire chronique, la tension artérielle s'élève, le nombre des pulsations diminue malgré la fièvre. On note un certain relèvement de l'appétit et une reprise du sommeil. Ces résultats trouvent leur explication dans les lésions rencontrées sur l'hypophyse des tuberculeux par MM. Garnier et Thaon, lésions provoquant une déviation fonctionnelle de la glande. Donnée seule dans la tuberculose, l'hypophyse n'a pas procuré d'amélioration appréciable. L'auteur a adjoint l'opothérapie hypophysaire à la médication arsenicale et à la recalcification de M. Ferrier. L'application de ce traitement mixte à un très grand nombre de malades permettrait seule d'en juger les résultats.

Dans deux cas de fièvre typhoïde présentant une réaction agglutinante considérable, la maladie a tourné court, le pouls s'est abaissé, la tension artérielle s'est relevée une polyurie abondante s'est établie. Dans un cas de myocardite typhique jugé désespéré, l'auteur a associé la médication hypophysaire aux injections d'huile camphrée, de strychnine, de caféine. La guérison s'est effectuée. L'auteur cite ces faits sans en tirer de conclusions. Ils viennent cependant à l'appui des constatations histologiques faites par M. Thaon sur l'hypophyse des typhiques.

Tous ces résultats posent la question de l'insuffisance hypophysaire. Au nombre des symptômes probables de cette insuffisance, il serait plausible de compter : l'abaissement de la tension artérielle, l'accélération du pouls, l'insomnie, la diminution de l'appétit, la facilité des sudations, les sensations de chaleur pénible, puisque l'opothérapie fait disparaître ces symptômes. Il serait utile d rechercher aussi les effets opothérapiques

des deux parties de la glande. D'après les données expérimentales, le lobe postérieur de l'hypophyse aurait une action nette sur le ralentissement des battements du cœur et l'amplitude de leur force. Cette partie de l'hypophyse pourrait alors devenir un véritable médicament cradiaque. Si l'action antitoxique de la glande était confirmée, peut-être pourrait-on faire usage de l'opothérapie hypophysaire dans le traitement des maladies infectieuses.

L'auteur pose ces questions sans pouvoir encore les résoudre, ayant simplement voulu attirer l'attention sur des faits capables d'une certaine utilisation thérapeutique.

MM. Chevrotier et Vigne présentent une note sur la supériorité flagrante de la noix de kola fraîche sur la noix de kola desséchée à l'air.

Les travaux des auteurs confirment l'existence dans le fruit du kolatier d'un tanno-glucoside caféinique, à l'exclusion du rouge de kola, de la kolanine et de la caféine libre qui se rencontrent dans la noix sèche seulement.

En outre, ces derniers principes procèdent du premier, dont le dédoublement est effectué par une oxydase signalée pour la première fois par Carles. Que l'on vienne à annihiler l'influence de cette oxydase, le tanno-glucoside demeure intégralement et seul dans la noix ainsi préparée. Or, cette opération a une portée thérapeutique considérable du fait que l'action pharmacodynamique neuro-musculaire du tanno-glucoside originel est bien supérieure à celle de la caféine libre, seul produit actif dans la noix desséchée.

Les auteurs préconisent donc la présentation d'une poudre de kola, renfermant uniquement des principes initiaux, dans laquelle l'action préjudiciable de l'oxydase a été évitée. Le produit obtenu par eux conserve donc exactement l'aspect de la noix de kola fraîche, dont la coloration est d'un blanc à peine teinté de gris ou rosé, par opposition à la noix oxydée à laquelle le rouge de kola donne une coloration jaune-brun foncé caractéristique. La nouvelle préparation de kola possède donc toutes les propriétés de la noix fraîche, et elle en a, en outre, la faveur des personnes qui, en pays d'origine, en font non seulement un stimulant, mais un aliment véritable.

M. Triboulet rend compte de son voyage au Canada, au cours duquel il a représenté la Société au Congrès des Trois-Rivières. On y a discuté principalement des questions relatives à la *lutte contre l'alcoolisme et la tuberculose.*

M. Barbier estime que la tuberculose n'est pas directement la conséquence de l'alcoolisme : ce dernier agit en restreignant l'alimentation de la famille de l'alcoolique et en diminuant l'appétit de ce dernier. Nous voyons les cochers, gros mangeurs, résister à l'alcoolisme : ils passent du reste leur existence au grand air.

D'un autre côté, les statistiques demandent à être minutieusement interprétés. La régie fournit en France cette statistique : elle constate que dans la Seine-Inférieure il se fait une consommation énorme d'alcool, mais il faut tenir compte du fait que ce département présente, surtout en été, une population flottante considérable qui consomme et emporte de grandes quantités d'alcool.

Au point de vue de la tuberculose, l'orateur fait remarquer qu'on s'imagine en France que la lutte contre le fléau exige des dépenses considérables, alors qu'en Allemagne, avec des dépenses minimes, on organise des écoles de plein-air où les enfants tuberculeux sont instruits, et dont ils reviennent guéris pour la plupart.

L'orateur croit que les dispensaires peuvent servir à dépister, mais non à traiter les tuberculeux.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Les œdèmes thyroïdiens transitoires, par MM. Léopold Lévi et Henri de Rothschild, (*Soc. de biol.*, 29 déc. 1906). — D'rprès MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild, il existrait des œdèmes transitoires liés au mauvais fonctionnement de la glande thyroïde. Ces œdèmes sont sujets à répétition, et siègent généralement à la face, aux paupières ou aux extrémités. On peut observer aussi le gonflement des cordes vocales, l'obstruction des fosses nasales provoquée par le refroidissement, l'apparition des menstrues (Hertoghe), etc.

Ces œdèmes sont bien d'origine thyroïdienne puisqu'ils coexistent avec d'autres symptômes d'hypothyroïdie, et qu'ils disparaissent sous l'influence du traitement thyroïdien.

Pierre Sée.

Contribution à l'étude pathogénique de l'anémie pernicieuse, par M. G. Donzello, (*Lo Sperimentale*, LX, 5). — On a donné de nombreuses théories pour expliquer la pathogénie de l'anémie pernicieuse. M. G. Donzello tient pour vraie la théorie myélogène, qui est basée sur le fait que les lésions de la moelle osseuse sont les seules constantes au cours de l'anémie pernicieuse. Il émet, de plus, l'hypothèse que certains symptômes de cette affection pourraient être dûs à l'absence d'une véritable sécrétion interne de la moelle osseuse. Il cite l'observation d'un malade qui présenta, quelque temps avant la mort, une abondante lymphocytose, et dont l'autopsie montra la transformation, en moelle rouge, de la moelle des os longs. L'examen histologique de la rate montra l'existence d'une sclérose de la pulpe et d'une atrophie des corpuscules de Malpighi ; celui de la moelle décela une hyperplasie considérable.

L'auteur admet enfin que la moelle osseuse a un rôle important non seulement dans la genèse des éléments figurés du sang, mais aussi dans la composition chimique du plasma. Il explique ainsi les bons effets obtenus par l'opothérapie médullaire, dans le traitement de l'anémie pernicieuse. Aussi recommande-t-il l'usage de cette thérapeutique.

Pierre Sée.

Traitement du diabète par le phosphore, par M. Balsamo Squirre. (*Journal de Médecine de Paris*, n° 1, 6 janvier 07, p. 2). — M. Balsamo Squirre, dans plusieurs cas de diabète sucré, compliqués de dermatoses, a employé avec succès les préparations de phosphore métalloïdique. Il conseille l'usage, pendant dix jours et à doses croissantes, de perles phosphoriques (0 gr. 0046 de phosphore dissous dans l'huile). Les trois premiers jours le malade en absorbera trois dans les 24 heures, et six les sept jours suivants.

L'auteur a vu, grâce à ce traitement, le diabète s'amender, en même temps que s'améliioraient les affections cutanées concomitantes. Il se demande si ces heureux résultats ne sont pas le fait d'une action que le phosphore exercerait sur le foie.

Pierre Sée.

Cinq cas de diabète sucré, par le Professeur R. Lépine. (*La Province Médicale*, 8 déc. 06. n° 49. p. 573. — Le professeur R. Lépine montre, par cinq observations, que, dans le diabète sucré, l'alcoolisme joue un rôle étiologique important, et contribue à aggraver le mal.

La guérison ne peut s'obtenir que si les malades renoncent à l'alcool, à la condi-

tion toutefois qu'ils ne soient pas trop profondément intoxiqués.

Pierre SÉE.

De l'action des eaux ferrugineuses de Spa sur la nutrition par MM. Em VANDE WEYER et R. WYBAUW. (*Annales de la Société Royale des Sciences Médicales et naturelles de Bruxelles.* T. XV, fasc. 4, pp. 1-31). — Les sujets atteints d'anémie, et qui font une cure à Spa, voient souvent disparaître plusieurs symptômes de cette maladie, notamment les palpitations et la dyspnée d'effort, avant que l'examen du sang ne décèle de modifications dans le nombre des globules rouges ou dans la quantité d'hémoglobine. L'amélioration qui se produit chez ces malades ne peut donc être expliquée par une action que les eaux exerceraient sur le sang. MM. Em. Vande Weyer et R. Wybauw attribuent les effets salutaires de ces eaux à l'influence qu'elles auraient sur la nutrition générale. Plusieurs expérimentateurs étaient déjà arrivés aux mêmes conclusions : c'est ainsi que Valentiner de Pyrmont et Genth (de Schwalbach) avaient reconnu que l'excrétion de l'urée augmente sous l'influence des eaux ferrugineuses. Genth en particulier, en expérimentant sur lui-même, vérifia l'exactitude de ce fait pour les eaux de Schwalbach, et il attribua à leur action diurétique l'augmentation de l'urée excrétée. MM. Em. Vande Weyer et R. Wybauw estiment que les expériences de Genth ne sont pas absolument concluantes, parce qu'il avait négligé de doser l'azote éliminé par les fèces : il avait admis, en effet, que les pertes d'azote par la peau et l'intestin représentaient un chiffre constant. MM. Vande Weyer et Wybauw ont repris ces essais en évitant ces causes d'erreurs. Voici comment ils ont procédé pour étudier les modifications que l'ingestion des eaux minérales ferrugineuses imprime à la nutrition des organismes normaux : ils ont déterminé, pendant six jours, les recettes alimentaires des sujets en expérience, et ils ont mesuré la quantité d'azote éliminée par les urines. Les recettes alimentaires étaient calculées d'après la composition des ingesta (au point de vue de leur teneur en graisse, en hydrates de carbone et en sels) ; mais les chiffres obtenus étaient diminués des chiffres correspondants trouvés, pendant la même période de six jours, par l'analyse des matières fécales. Les auteurs estiment que les nombres ainsi obtenus représentent les quantités alimentaires réellement, absorbées, c'est-à-dire celles qui ont pénétré dans le sang. La comparaison des quantités d'azote absorbé et de l'azote urinaire permettrait d'apprécier l'activité des phénomènes chimiques qui s'effectuent dans l'intimité des tissus.

Voici les résultats que les auteurs ont obtenus :

1° Les eaux de Spa améliorent l'absorption intestinale de l'azote et des hydrates de carbone; elles diminuent celle des graisses ;

2° Elles augmentent la désintégration de l'albumine des tissus, et activent les fonctions cellulaires.

MM. Ern. Van de Weyer et A. Wybauw concluent que les eaux ferrugineuses du type de celles de Spa doivent être recommandées aux *anémiques*. En effet l'expérience clinique montre que, chez ces malades, le sang présente, vers le dixième ou le douzième jour, de notables modifications. Ces auteurs en concluent que l'effet thérapeutique de ces eaux est dû à la fois à leur action tonique générale, qu'on observe dès le début de la cure, et à l'action du fer, qui ne se manifecte qu'à une époque plus tardive. Enfin ils recommandent un régime pauvre en graisses, leur absorption étant diminuée par les eaux de Spa, mais riche en albumines et en hydrates de carbone, dont la cure favorise l'assimilation.

Pierre SÉE.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des Hôpitaux.

La résection totale des saphènes dans le traitement des varices et des ulcères variqueux, par MM. F. TERRIER et P. ALGLAVE. (*Rev. de ch.* juin et août 1906). — On s'était contenté dans ces dernières années des procédés de Trendelenbug et de Schwartz pour amener la cure radicale des grosses varices. Mais trop souvent on n'a obtenu par ce moyen qu'un résultat palliatif. A la ligature et à la résection partielle de la saphène interne, M. Rémy, d'abord, MM. Terrier et Alglave, depuis quatre ans, ont substitué la résection totale simple ou double des troncs variqueux et de toutes les branches originelles que l'on peut découvrir. Cette intervention prend une certaine importance, comme l'on voit, mais elle seule

permettrait d'interrompre par la ligature la communication avec le courant sanguin profond. La principale indication sera donc des menaces sérieuses de phlébite et d'embolie chez les variqueux et les ulcères, qu'ils soient superficiels ou profonds et incurables spontanément. Les deux troncs saphéniens peuvent être supprimés, et, en cas d'ulcère haut situé, on peut pratiquer la résection au-dessus et la résection malléolaire des deux saphènes, si l'on ne veut tenter, à l'exemple de Moreschi, l'incision circulaire sus-malléolaire.

A. Benoit.

Hépatico-duodénostomie. (*Soc. de ch.*, 9 janv. 1907). — Très intéressante relation de MM. Terrier et Tuffier qui montre la possibilité d'aboucher directement avec succès le *canal hépatique* dans le duodénum. Cette intervention est une précieuse ressource dans tous les cas où, pour une raison quelconque, obstruction du canal cholédoque, compression par le pancréas, adhérences de la vésicule, il est impossible d'agir sur le cholédoque ou sur la vésicule.

A. Benoit.

Appendicectomie par incision transversale (*Soc. de ch.*, 26 déc. 1907). — M. Chaput a lu un rapport sur le travail de M. Duval (médecin de marine), tendant à faire admettre comme incision de choix dans l'appendicite, l'*incision transversale* et ce, parce qu'elle part de l'épine iliaque A. S., se dirigeant transversalement en dedans, et qu'elle évite la section des fibres musculaires du petit oblique et du transverse, qui sont horizontales à ce niveau. L'éventration serait ainsi plus rare. L'auteur considère donc comme indifférent de sectionner en travers les muscles puissants qui protègent la paroi abdominale, tels que le muscle droit et le muscle grand oblique, qui sont par contre, respectés dans l'incision de Roux et de Marc Burney ! Cette affirmation n'est pas sans surprendre et aurait besoin d'être étayée sur la comparaison de cas nombreux, car elle offense la logique la plus élémentaire.

A. Benoit.

Splénectomie pour plaie de la rate (*Soc. de ch.* 19 déc. 1906). — M. Barnsby (de Tours), a fait une laparotomie sous le rebord des fausses côtes gauches pour une plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau, ayant intéressé la rate. L'hémorragie étant très abondante, l'auteur fit une splénectomie et sutura en outre une plaie diaphragmatique. Le malade, opéré 6 heures après l'accident, a guéri. A ce propos, M. Legeu, rapporteur, rappelle que le tamponnement de la rate n'a pas donné de bons résultats. La suture a été employée avec des résultats satisfaisants. Quant à la splénectomie, qui paraît être le traitement de choix des hémorragies de cette origine, elle donne encore une mortalité sévère (18 opérations, avec 8 morts actuellement). Ce traitement, semble-t-il, devrait être réservé aux hémorragies graves, s'il était démontré que la suture suffit à arrêter les petites hémorragies. Ce fait pourra être mieux établi dans l'avenir, comme l'est aujourd'hui la technique du traitement des plaies du foie.

A. Benoit.

Interventions au cours de la fièvre typhoïde (*Liverpool méd. Inst. in Brit. med.* J. 12 janv. 1907). — Thelwall Thomas a relaté deux cas d'opération chirurgicale durant le cours de la fièvre typhoïde, l'une pour une perforation, l'autre pour une appendicite: les deux cas ont guéri. La perforation entraîne fatalement la mort si l'on n'intervient pas. Dans ce dernier cas la proportion des guérisons est de 30 p. cent ou davantage. Bien que dans beaucoup de cas le diagnostic soit incertain, on se guidera sur la douleur, la rigidité, l'accélération du pouls. En cas de doute il vaudrait mieux faire une incision exploratrice en s'aidant de l'anesthésie locale, que d'attendre le développement d'une péritonite septique. Le traitement de la perforation consiste soit à faire rapidement une suture, soit à établir un anus artificiel. Il n'est pas à recommander de faire une opération laborieuse, comme l'entérectomie avec anastomose. L'entérostomie a l'avantage de drainer et de mettre l'intestin typhique au repos. Le premier cas était celui d'un homme qui sortait encore quelques jours avant l'apparition des symptômes de perforation. L'opération fut faite immédiatement avec un heureux résultat. Le second cas a trait à une dame au troisième septénaire d'une typhoïde : on trouva une appendicite aiguë à l'opération.

Littler Jones a mentionné un cas qu'il a opéré il y a quelques mois avec succès. Il s'agit d'un garçon qui entra à l'hôpital le second jour de la perforation d'un ulcère typhique. Une simple suture fut faite et l'abdomen fut nettoyé des matières intestinales. Les chances de succès dans l'opé-

ration dépendent du temps écoulé depuis la perforation et de la rapidité avec laquelle l'opération est pratiquée.

Murray pense qu'on obtiendrait de meilleurs résultats de l'intervention si l'on se contentait d'établir temporairement un anus en suturant le point perforé de l'intestin à la paroi abdominale. L'opération pourrait être très rapidement faite et l'intestin serait dans de bonnes conditions pour guérir.

L. JUMON.

Pharyngectomie pour cancer (*Soc. de ch.*, 9 janv. 1907). — M. J. L. FAURE aborde les cancers pharyngiens par une incision parallèle au bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, que vient compléter une incision perpendiculaire horizontale et sous-maxillaire. L'incision transhyoïdienne est celle qu'il préfère pour les tumeurs de la base de la langue.

En ce qui touche les cancers du pharynx, qu'il opère aujourd'hui sans faire la trachéotomie préventive, les résultats sont déplorables au point de vue opératoire. Voici plutôt sa statistique : un décès sur deux opérés. Le survivant a toujours récidivé de cinq mois à trois ans après. Un opéré de sarcome de la base de la langue, par contre, est mort de pneumonie deux ans et demi après sans récidive appréciable. Ces communications touchant les cancers d'un accès difficile, dont cet auteur poursuit la cure opératoire, montrent, si on les rapproche de celles qu'il fit naguère sur l'extirpation du cancer de l'œsophage, que les voies digestives supérieures sont celles sur lesquelles la guérison définitive du cancer est le plus rarement obtenue, malgré la hardiesse et la technique aujourd'hui meilleure de quelques opérateurs. Le bénéfice qu'on retire de l'opération est assez contestable pour qu'ils puissent être considérés comme inopérables et soumis aux divers essais de sérothérapie, voire même de médicothérapie qui comptent à leur actif quelques améliorations évidentes.

A. BENOIT.

Goître lingual en dégénérescence épithéliomateuse (*Soc. de chir.* 26 *décembre* 1906) P. BERGER a eu l'occasion d'extirper, chez une femme jeune, une tumeur placée dans la région sus-hyoïdienne entre la base de la langue et l'épiglotte. Cette tumeur contenait un liquide jaunâtre et n'était pas, comme on aurait pu le penser, un kyste dermoïde ou un lipome. Son ablation fit se développer tous les signes du myxœdème post-opératoire et l'opérée, après avoir bénéficié dans une certaine mesure, du traitement thyroïdien, vit son état général péricliter quelques mois plus tard. L'examen histologique, pratiqué par M. Cornil, montra que ce goître était atteint de dégénérescence épithéliomateuse.

Or la malade succomba finalement, non à une récidive, comme cet examen aurait pu le laisser supposer, mais aux progrès de sa tuberculose pulmonaire. Chez cette malade, la glande thyroïde normale faisait défaut. Pareille disposition est signalée par M. Berger dans plusieurs observations qu'il a pu réunir.

A. BENOIT.

L'iodure de potassium dans le traitement du cancer, notamment des sténoses cancéreuses de l'œsophage, et comme moyen de diagnostic différentiel rapide entre la syphilis tertiaire et les carcinomes viscéraux, par M. P. MIKHAILOV (*Roussky Vratch* 1906 N° 50). — L'auteur, privat docent à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, a pu se convaincre que l'iodure de potassium, alors surtout qu'il est employé par la voie rectale (mode d'administration qui empêcherait les phénomènes d'iodisme ou, pour le moins, les réduirait au minimum), exerce sur les néoplasies cancéreuses une action nettement favorable, se manifestant par une diminution plus ou moins accusée de leur volume, ainsi que par l'amélioration, voire même la disparition des vomissements et troubles digestifs dans les cancers de l'estomac ; l'état général deviendrait également meilleur. Mais jamais, il va sans dire, l'auteur n'a obtenu de guérison. Quoi qu'il en soit, les effets de la médication iodurée furent assez durables pour inciter à l'expérimenter sur une vaste échelle. Dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage en particulier, on aurait grand avantage à prescrire l'iodure de potassium qui faciliterait singulièrement la déglutition. C'est ainsi que des malades, à peine capables d'avaler un peu de liquide, malgré des tentatives réitérées de dilatation mécanique de la sténose, purent, après avoir absorbé de l'iodure de potassium, s'alimenter convenablement par la bouche jusqu'au moment de la mort. A noter que, dans plusieurs des observations de l'auteur, le diagnostic de cancer fut vérifié à l'autopsie.

L'administration de l'iodure de potassium constituerait encore un excellent moyen d'établir, d'une façon très rapide, le diagnostic différentiel des lésions syphilitiques tertiaires d'avec les cancers, diagnostic basé sur le fait que chez les cancéreux ce médicament détermine, en deux ou trois jours, une élévation légère, mais appréciable, (de quelques dixièmes de degré) de la température, tandis que chez les syphilitiques, au contraire, la température demeure normale ou descend même quelque peu sous l'influence de la médication iodurée.

Pour l'usage thérapeutique aussi bien que pour le diagnostic, l'auteur recommande de se servir de préférence de lavements ainsi formulés :

Iodure de potassium .. 4 grammes
Bicarbonate de soude .. 2 grammes
Eau ..... 80 à 100 grammes
Pour un lavement.

On donne d'abord un lavement évacuateur, puis, au bout d'une heure à une heure et demie, on administre le lavement ioduré. Ces lavements sont répétés chaque jour.

Pour établir le diagnostic différentiel, un seul lavement ioduré peut suffire, mais parfois, on est obligé d'en donner, les jours suivants, un second et même un troisième.

V. DE HOLSTEIN.

De la ponction lombaire (*Arch. méd. belges*, oct. 1906). — M. F. HENRARD, médecin militaire met au point la méthode des ponctions rachidiennes, dans un mémoire où il développe les différents côtés de cette question de médecine courante, ou, si l'on veut, de petite chirurgie.

Technique opératoire. La ponction lombaire peut se pratiquer, soit *de chaque côté* de la crête épineuse, dans les 3e, 4e et 5e espaces interlamaires, soit sur la *ligne médiane*, dans les mêmes espaces interépineux, soit enfin dans l'espace lombo-sacré. Comme instrument de pratique courante, une solide aiguille de 1/2 à 1 millimètre de diamètre intérieur. Les trocarts Potain conviennent également. On peut adapter à ces aiguilles une sonde Nélaton que l'on pourra pincer, pour modérer ou arrêter l'écoulement du liquide. *Ponction :* jusqu'ici on faisait asseoir le patient, le dos tendu. Il est préférable de le placer couché, en position latéro-ventrale. Quoique moins favorable à l'opérateur, cette position fixe mieux le sujet et l'expose moins aux syncopes. C'est entre les dernières lombaires que l'on trouve l'espace le plus large, le 4e tout spécialement. Il est situé sensiblement sur la ligne horizontale qui relie les 2 crêtes iliaques. Le 5e espace, également recommandé par Chipault, ou espace lombo-sacré, se reconnaît à sa dépressibilité plus grande.

Sous l'apophyse choisie, à 1 cent. en dehors de la ligne médiane, on enfonce l'aiguille presque transversalement, avec une obliquité légère, de 2 à 3 centimètres chez l'enfant, de 4 à 6 centimètres chez l'adulte. Braun, Furbringer préfèrent ponctionner sur la ligne médiane. On sent bien la résistance profonde du ligament jaune et celle de la dure-mère, après laquelle, si la ponction n'est pas blanche, par suite d'adhérences, ou d'obturation de l'aiguille, le liquide apparaît. On se servira d'un mandrin stérilisé pour s'assurer de la cause de l'absence ou de l'arrêt de l'écoulement du liquide.

On connaît les vertiges, et accidents très graves qui ont été observés soit immédiatement, soit quelques heures après la ponction. On sait aussi qu'ils sont moins fréquents si l'on fait coucher le patient et si l'on n'atteint pas de grandes quantités, 100 c.c. et ou delà. On doit *éviter surtout l'aspiration* avec la seringue. La céphalée violente consécutive a été observée principalement là où on l'avait pratiquée.

Le chapitre de la *valeur diagnostique* est largement traité. L'A. insiste spécialement sur le moyen de reconnaître la spécificité des *méningites* par la présence de leucocytes spéciaux, la syphilis (tabes, paralysie générale), par le cytodiagnostic du liquide.

Le dernier chapitre traite de *la valeur thérapeutique* de la ponction lombaire. Cette nouvelle méthode curative est plus contestée. Dans l'*hydrocéphalie chronique*, la soustraction de liquide donne un résultat immédiat favorable ; plusieurs auteurs dont Quincke, créateur de la méthode, pensent qu'il ne se maintient pas. Les symptômes graves des *tumeurs encéphaliques* nommément la cécité, ont été enrayés par les ponctions ; mais il a fallu en pratiquer plusieurs fois.

Dans la *chlorose*, chose curieuse, la céphalée chronique a cessé après une seule ponction, chez plusieurs sujets (Kronig, Quincke). Influence nerveuse? Résultats également surprenants dans le *zona*. Aba-

die ayant soustrait par la rachicentèse *quelques centimètres cubes* seulement de liquide C R, sans cocaïnisation médullaire, fut surpris les jours suivants de voir disparaître les douleurs et l'éruption d'un zona-scapulo-huméral. Ce succès s'est renouvelé chez d'autres malades. Les effets les plus favorables ont été obtenus dans l'*urémie* par des ponctions de 20 à 35 c. c.

Méningites. C'est dans ces affections que la rachicentèse est le plus couramment employée aujourd'hui. Les opinions sur son efficacité curative sont des plus discordantes. On s'accorde pourtant à reconnaître que c'est dans la méningite cérébro-spinale épidémique qu'elle donne les meilleurs résultats *curatifs*, tandis qu'elle n'est que *palliative* dans la méningite tuberculeuse, où elle adoucit cependant bien des symptômes pénibles (Hutinel). En résumé, il y a indication de ponction lombaire chaque fois que des symptômes douloureux pourront être rattachés à une irritation des méninges cérébrales ou spinales.

A. Benoit.

Maladies de l'estomac et des voies digestives

Dr Chassevant

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Traitement des formes graves d'entéroptose par le repos au lit, avec application de poids sur l'abdomen, par M. A. Strasser (*Medizinische Klinik.* 9 déc. 06). — M. A. Strasser, privat-docent à Vienne, recommande, dans les formes graves d'entéroptose, le repos au lit et l'application de poids sur l'abdomen. Voici les conseils qu'il donne pour le traitement : le malade restera couché sur le dos, la tête basse et, afin de rehausser l'abdomen, on disposera sous les reins un coussin large et épais. On placera alors sur le ventre du patient un sac contenant du sable ou de petits plombs de chasse. Le sac doit avoir 40 cm. de long, sur 8 à 10 de large, et peser environ 3 kilogrammes.

Dans la plupart des cas on peut employer d'emblée un sac de 3 kilogrammes. Certains sujets, cependant, ne le supportent pas : on débutera alors par un poids moindre, pour arriver progressivement à celui que nous avons indiqué. Le malade gardera le sac toute la journée, et, s'il peut le tolérer, il conservera également la nuit.

On doit, d'après M. A. Strasser, associer ce traitement au régime prescrit habituellement dans les entéroptoses. On observerait alors une cessation rapide de tous les symptômes : c'est ainsi qu'on verrait les douleurs abdominales et les troubles digestifs diminuer, les selles se régulariser et l'intestin ptosé revenir progressivement à sa position physiologique.

Le repos permanent au lit, avec application de poids sur l'abdomen, ne serait nécessaire, d'après l'auteur, que dans les entéroptoses graves. Dans les cas bénins il suffirait, qu'après chaque repas, le malade se couchât et conservât, pendant une heure et demie à deux heures, un poids sur le ventre.

Enfin le procédé recommandé par M. A. Strasser réussirait surtout chez les sujets à parois abdominales maigres et flasques. Chez les autres malades, (c'est le cas des multipares par exemple), il faudrait associer à ce traitement le massage de l'abdomen.

Pierre Sée.

Le spasme colique. Sa cure à Chatelguyon, par le Dr J. Foucault. (*Concours Médical,* no 51. 23 déc. 06, p. 912). — Le spasme du colon se traduit cliniquement par deux symptômes : la constipation et la perception, au palper de l'abdomen, des cordes coliques.

La constipation spasmodique a des allures spéciales ; elle est opiniâtre et exagérée par les purgatifs. Les matières sont petites, ovillées ou rubanées, et souvent enrobées de mucus. La constipation est parfois accompagnée d'entérite muco-membraneuse.

Les cordes coliques, décrites par Glénard, constituent, en quelque sorte le signe pathognomonique du spasme du colon.

Les spasmes du gros intestin se localisent, en général, au cœcum, au coude hépatique et à la partie horizontale du colon, et au colon descendant. Entre les portions contracturées il y a souvent des parties atoniques.

L'entérospasme est provoqué par deux causes :

1° Une excitabilité spéciale de l'intestin, telle qu'on la rencontre chez les névropathes (neurasthéniques, hystériques), les neuro-arthritiques, les surmenés, les intoxiqués.

2° Une excitation réflexe due à des causes intestinales (coprostase, ulcérations in-

testinales, fissures anales, hémorrhoïdes, etc.) ou extra-intestinales (affections douloureuses de l'abdomen, telles que dyspepsie, lithiases biliaire ou rénale, affections de l'utérus et des annexes, etc.).

Le spasme intestinal serait, d'après M. J. Foucault, atténué par la cure de Chatel-Guyon. Ce eaux agiraient, en effet, à la fois sur la musculature de l'intestin dont elles régulariseraient les contractions, et sur les affections qui provoquent le plus souvent le spasme (dyspepsie, constipation, appendicite chronique, lithiase biliaire, etc.).

Pierre SÉE.

Injections hypodermiques contre la constipation, d'après *La Province Médicale*, n° 51, 22 décembre 1906, p. 602). — Lorsque, dans le traitement de la constipation, les moyens habituels échouent, on peut essayer les injections hypodermiques d'apocodéine. Elles donnent souvent de bons résultats. M. Combemale conseille la formule suivante :

Chlorhydrate d'apocodéine.. 0 gr. 50
Eau distillée ..... 50 gr.

Injecter 2 cent. cubes de cette solution, par jour.

Pierre SÉE.

Sur le traitement des hémorragies gastriques et intestinales par la gélatine liquide, par Arth. MANN (*Munch. med. Woch.*, (janv. 1907). — Après les observations favorables de Cohn sur l'emploi de la gélatine liquide comme antidiarrhéique et stomachique, l'auteur a pensé que cette préparation pourrait rendre des services dans l'ulcère ou le cancer de l'estomac, la fièvre typhoïde et d'autres maladies graves de l'intestin. Il l'a d'abord employée dans plusieurs cas d'hémorragie gastrique et intestinale. A la solution de gélatine on ajoute pour 200 gr. deux grammes d'acide citrique et 20 gr. de sirop d'écorce d'oranges. L'auteur a employé cette mixture dans plusieurs cas d'ulcère de l'estomac, d'entérite tuberculeuse avec présence de sang dans les selles, d'hémorragie intestinale au cours de la fièvre typhoïde, d'hématémèse cancéreuse. Sauf dans un cas grave de fièvre typhoïde avec ulcérations intestinales extrêmement nombreuses, l'action de la gélatine liquide a donné un résultat si rapide et si net qu'on ne peut douter de l'action du médicament. Même, dans les cas de fièvre typhoïde terminée par la mort, les selles sanglantes se sont arrêtées complètement par ce traitement.

L. JUMON.

Cirrhose hypertrophique biliaire très améliorée à la suite d'une abondante émission de sang, par M. LE GENDRE. (*Société médicale des hôpitaux*. 30 nov. 06). — M. Le Gendre cite l'observation d'un homme de trente ans qui subit, il y a trois ans, l'opération de Talma pour une cirrhose du foie. Au moment de son entrée à l'hôpital, le malade présentait tous les signes d'une cirrhose hypertrophique biliaire, c'est-à-dire de l'ictère, de l'ascite, une augmentation de volume du foie et de la rate, et un prurit intense amenant de l'insomnie. Divers traitements ayant échoué, M. Le Gendre conseilla l'intervention chirurgicale. On se proposait de drainer les voies biliaires pour faire écouler la bile contenue en excès dans la vésicule. Ce projet ne put être exécuté. En effet, l'opérateur, à cause de la présence de nombreuses veines turgescentes, dut tamponner pour arrêter l'hémorragie et refermer l'abdomen.

Malgré l'insuccès opératoire, l'état général du malade s'améliora et le prurit diminua. Les insomnies et l'ictère disparurent.

Au bout d'un an, l'état du malade était satisfaisant : le patient avait augmenté de poids ; seule persistait une légère augmentation de volume du foie et de la rate.

L'auteur pense que l'amélioration du malade est due à la perte de sang déterminée par l'opération. Cette véritable saignée locale a, en effet, décongestionné le foie, et favorisé ainsi l'écoulement de la bile contenue dans la vésicule.

Pierre SÉE.

Traitement interne et chirurgical de la cholélithiase, par KEHR (*Zeitschr. f. aertzl. Fortbildung* 1 *et* 15 *déc.* 1906). — L'auteur constate que le traitement préventif est en général peu suivi, parce que les malades ne s'adressent au médecin qu'en cas de crise. Du reste, il est impossible d'espérer la guérison de la cholélithiase par la médication interne, car on n'obtient jamais par elle la dissolution de tous les calculs, le retour à la perméabilité intégrale des voies biliaires et la disparition des microbes entretenant l'infection de ces dernières. Les médecins qui croient à une dissolution des calculs par action d'eaux minérales ou médicaments sont fort rares aujourd'hui. L'auteur a pu constater, au

cours des opérations pratiquées par lui, que les calculs extirpés ne présentent jamais de trace de dissolution, même chez des sujets ayant suivi une dizaine de fois la cure de Carlsbad, par exemple. Seule, l'action microbienne intense peut dans certains cas, provoquer la dissolution partielle des calculs.

Tout au contraire, le traitement médical rendra de grands services lorsqu'il s'agit d'enrayer l'infection des voies biliaires, cause importante de douleurs. On obtient ainsi un état de repos qui simule une dissolution des calculs: l'affection passe à l'état latent dans 80 0/0 des cas aigus et 50 0/0 des cas anciens, quel que soit le traitement employé, à condition de mettre le malade au repos et de faire sur les points douloureux des applications chaudes.

L'extirpation de la vésicule biliaire, que l'auteur a pratiquée plus de 400 fois, ne présente pas d'inconvénients physiologiques, et donnera une guérison définitive si aucun calcul n'est engagé dans le cholédoque et le canal hépatique : il faut dans ce cas établir le drainage de ce dernier canal. L'auteur n'a eu que 3,2 0/0 de mortalité dans ces conditions : les opérés ne meurent du reste pas de l'opération, mais de la maladie qui a pris un caractère grave : l'intervention a été trop retardée. Si à ces cas on ajoute les opérations intéressant en même temps les organes voisins, les carcinomes, les cas compliqués d'angiocholite septique, etc., la mortalité globale monte à 16,2 0/0.

En résumé, l'auteur estime que les résultats obtenus par la chirurgie sont si bons qu'on ne saurait trop recommander aux médecins de ne pas hésiter à faire intervenir le bistouri dès que le cas semble l'exiger.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire
Cœur et vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-Chef de clinique à la Faculté de Médecine

Quelques points relatifs à la pathologie et au traitement des adhérences du péricarde, par Wenckebach (*The Brit. med. J.* 12 janv. 1907). — Il s'agit d'un garçon qui, sans antécédents de famille, eut d'abord une pleurésie avec épanchement suivie de rétraction du poumon, puis plus tard d'une péricardite. Celle-ci entraîna des accidents d'insuffisance cardiaque, l'accélération des battements du cœur, l'abaissement de la pression artérielle, la réplétion des veines et la rétraction systolique de la paroi thoracique dans la région du cœur. Le pronostic semblait très grave. La dyspnée et l'œdème faisaient des progrès. La digitale et les autres toniques n'avaient qu'un effet temporaire, les diurétiques et le régime déchloruré étaient inutiles. Il semblait donc indiqué de soulager le malade par une opération. Brauer, qui a pratiqué la cardiolyse, pense que les meilleurs cas pour cette opération sont ceux où la rétraction systolique des côtes est considérable, indice d'une action cardiaque encore vigoureuse. Bien que cette rétraction ne fût pas très considérable, on recourut néanmoins à l'opération comme le seul moyen de traitement. L'opération, pratiquée par Koch, consista dans une incision en forme de fer à cheval dans la région du cœur, à enlever le cartilage et une partie des 4e, 5e, 6e et 7e côtes en longeant le bord gauche du sternum. La première phase de l'opération fut un peu difficile en raison de l'aggravation de la dyspnée et de la petitesse du pouls. Mais tout alla bien une fois que la chloroformisation fut bien en train. Le point délicat est de détacher soigneusement le périoste des côtes, ce qui offre une certaine difficulté en raison des mouvements tumultueux du cœur, mais ces mouvements donnent l'impression que l'opération réussit réellement à libérer le cœur. Un autre phénomène remarquable est le soulagement qui se produit pendant l'opération du côté de la respiration. Dès qu'on a enlevé l'arc costal la respiration devient plus large et le malade est plus tranquille. Le résultat de l'opération chez ce malade se traduisit par une respiration bien meilleure et par la diminution de volume d'un foie antérieurement énorme. Le pouls s'abaissa seulement de 125 à 100. L'anasarque générale diminua lentement. En résumé l'opération de la cardiolyse chez ce malade lui a sauvé la vie, qui lui a été rendue supportable.

L. Jumon.

Sur le traitement de l'artériosclérose, par Harringham (*The Brit. med. J.* 12 janv. 1907). — Il ne faut pas espérer supprimer des lésions déjà constituées, mais combattre certains symptômes et empêcher l'aggravation. Si les symptômes sont graves le repos au lit est nécessaire et permet au cœur de recouvrer son tonus. Dans les cas

légers, on peut prévenir le retour et l'aggravation par le traitement médicamenteux, le régime et les habitudes régulières.

Les sujets doivent régler l'exercice quotidien qui assure une nutrition normale. L'auteur insiste ensuite sur la nécessité de se lever de bonne heure, sans doute parce qu'un peu d'exercice est salutaire avant un repas copieux. Il faut, enfin, renoncer au tabac qui est une des causes de l'artériosclérose.

Dans quelques cas les troubles graves s'amendent beaucoup par les nitrites, mais leur effet est passager. Mais souvent ces malades se trouvent beaucoup mieux de prendre pendant une ou deux semaines de petites doses de nitro-glycérine. Pour obtenir un effet plus soutenu on a recommandé de petites doses d'iodure de potassium. Mais l'auteur recommande surtout le calomel à petites doses de trois ou six centigrammes tous les soirs durant quelques jours et répétées à intervalles. Il n'agit pas ici comme purgatif mais comme altérant et aussi en abaissant la pression sanguine. Les alcalins agissent en augmentant la diurèse, surtout dans les cas compliqués, par exemple dans les cas de néphrite.

Mais le régime est peut-être plus important que les modifications dans les habitudes ou l'usage des médicaments. Sous l'influence du régime lacté les symptômes s'amendent parfois d'une façon considérable, surtout dans les cas où les lésions vasculaires ne sont pas trop avancées. Le régime lacté agit moins par lui-même que parce qu'il comporte une diminution dans la quantité ou la qualité des aliments protéiques ; il faut ensuite tenir compte de son action diurétique et éliminatrice. Mais l'auteur ne pense pas non plus que la viande inonde invariablement nos tissus d'acide urique et il croit que beaucoup de gens se trouvent bien de prendre un peu de vin. Il y a une grande variété dans les modalités de la nutrition et un régime qui convient à l'un ne convient pas à un autre. Si les hydrates de carbone ont une grande influence individuelle sur la digestion, ils ne modifient jamais la pression sanguine. Il en est de même des sels ; le sel ordinaire a des rapports avec l'œdème, mais non par l'intermédiaire de la pression sanguine.

L. Jumon.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles

Dr COURTADE

Ancien interne des hôpitaux

Guérison d'un cas d'ozène par un traitement combiné : pansements à l'ichthyol et massage vibratoire par Kanellis (*Rev. hebd. de laryng.*, déc. 1906). — Une malade de 32 ans, atteinte d'ozène depuis l'enfance, a été soignée pendant longtemps de cette affection par les moyens réputés classiques et sans résultat. Devant cet insuccès, la malade ne faisait même plus d'injection depuis 6 mois, quand elle consulta l'auteur qui a constaté les signes objectifs de l'ozène la plus typique.

M. Kanelis nettoie les fosses nasales avec un porte-coton trempé dans de l'eau alcaline pour enlever les croûtes. Le lendemain il introduit des tampons de coton hydrophile imbibés de glycérine ichthyolée au 1/10e ; après une demi-heure de séjour, les tampons sont enlevés et on pratique un lavage du nez qui ramène une grande quantité de croûtes et nettoie complètement les fosses nasales.

Ce même pansement est renouvelé tous les jours, et dans l'intervalle, la malade use de pommade boriquée plusieurs fois par jour. Au bout d'une semaine, l'odeur infecte a complètement disparu. Ce mode de traitement est suivi tous les jours pendant trois semaines, puis tous les deux jours pendant trois semaines encore ; la malade renvoyée à un mois doit faire tous les deux jours un lavage à l'eau salée et continuer la vaseline boriquée.

Après ce laps de temps, la malade fait des inhalations d'un mélange de chloral, menthol, résorcine, qu'on projette dans de l'eau très chaude, à raison d'une cuillerée à café. Après 5 minutes d'inhalation, on peut pratiquer le massage vibratoire ; la sonde, garnie de coton imbibé de glycérine ichthyolée, est promenée, pendant une séance de 3 à 5 minutes, sur toute la muqueuse atrophiée.

Au bout de 8 à 10 séances, la muqueuse commença à se tuméfier et l'état de la malade devint de plus en plus satisfaisant.

La guérison se maintenait encore un an après, sans que la maladie fît le moindre traitement.

A. Courtade.

Etiologie nasale et traitement de l'asthme par Gordon King (*Rev. hebd. de laryngol.*

d'otol. 24 *novembre* 1906). — L'asthme est regardé comme une affection de nature nerveuse, héréditaire ou réflexe. Le pneumogastrique est le nerf moteur des muscles bronchiques et son excitation produit la contraction des petites divisions des bronches ; chez le chien, on peut réduire au quart le volume d'air qui pénètre dans les poumons, par la seule excitation de ce nerf. Dixon et Brodie ont montré que cette contraction des bronches était toujours provoquée par l'excitation de la muqueuse nasale et c'est la partie postéro-supérieure de la cloison qui est le point ordinaire du réflexe.

On admet aujourd'hui qu'il existe une relation entre le nez et le centre respiratoire, même quand il n'y a pas de lésion apparente de la muqueuse nasale chez l'asthmatique.

Alexander Francis a rapporté plus de 500 observations où il a obtenu des résultats remarquables par le traitement intranasal; pour lui, l'obstruction mécanique des fosses nasales est rarement la cause immédiate du réflexe. La coexistence fréquente de l'asthme et de la fièvre des foins, de la rhinite spasmodique, des polypes du nez, etc., semble indiquer une origine commune et, cependant, dans les cas d'asthme et de fièvre des foins on peut voir une de ces affections améliorée tandis que l'autre est stationnaire, ou bien elles peuvent alterner.

Dans les cas de polypes, l'ablation des tumeurs ne guérit pas toujours les accès; il existe souvent de l'anesthésie de la muqueuse. Le traitement de Francis consiste *à cautériser la partie supérieure de la cloison avec le galvano, en un point qui est vis-à-vis le tiers antérieur du cornet moyen, en avant et légèrement en bas sur une longueur de 2 centimètres.*

C'est le point qui est l'origine la plus fréquente du spasme réflexe ; le résultat est immédiat et durable même dans les cas où les accès duraient depuis plusieurs années.

M. King, devant ces résultats et quoique sceptique, expérimenta le procédé de Francis et fut convaincu de son efficacité.

On peut employer le galvano-cautère ou l'acide chromique après cocaïnisation de la muqueuse ; en général, une cautérisation unilatérale suffit; quelquefois il en faut plusieurs car le point exact qu'il faut cautériser varie avec les individus.

Dans les 6 observations que relate l'auteur, il en est 3 où ce mode de traitement n'a pas eu le succès qu'on en attendait.

A. Courtade.

De l'emploi systématique de l'anse froide pour l'ablation des amygdales palatines par Capmas (*Rev. hebd. de laryng. et d'otol., nov.* 1906). — Quand l'ablation d'une amygdale est indiquée, chacun emploie le procédé qui lui est le plus familier : amygdalotomie, morceleur, anse galvanique, etc.

M. Vacher emploie, depuis longtemps, et systématiquement, l'anse froide pour l'ablation totale de l'amygdale malade, quel qu'en soit le volume et la disposition. Ce procédé a été recommandé en 1896 et 1900 par Ficano de Palerme. Vacher a perfectionné le procédé et imaginé des instruments pour cette intervention ; il a indiqué son mode opératoire à la Société française de laryngologie en 1904.

Avant l'exérèse, il faut libérer l'amygdale de toutes ses adhérences avec les piliers à l'aide de la serpette ou du plicotome. Si l'amygdale est pédiculée il n'y a pas de difficulté pour l'entourer avec l'anse ; si elle est enchâtonnée, on la saisit avec une pince pour l'attirer en dedans avant de passer l'anse.

On serre alors lentement et progressivement, surtout quand on arrive à la fin de la section afin d'écraser les vaisseaux avant de la sectionner. Chez l'enfant, jusqu'à 12 ans, l'opération peut être menée plus rapidement ; chez l'adulte elle doit durer au moins une minute, car les vaisseaux amygdaliens sont entourés d'une gaine fibreuse sans élasticité, qui expose aux hémorragies. L'instrumentation se compose d'un ouvre-bouche automatique, de ciseaux coudés à angle droit, d'un serre-nœud vigoureux à vis folle et d'une pince à cuillers mousses comme une pince à morcellement non coupante.

Ce mode d'ablation des amygdales est rapide, complet, puisque si la glande est bien pédiculée, la section se fait au ras de sa face externe et la perte de sang est insignifiante ; l'hémorragie est en tout cas moins abondante qu'avec le morceleur.

Les suites opératoires sont insignifiantes; la cicatrisation de la plaie se fait en quelques jours sans donner lieu au moindre incident.

A. Courtade.

Résultats de la thiosinamine dans le traitement de l'otite scléreuse, par Tapia (*Rev. hebd. de laryng. Déc.* 1906). — Devant le résultat qu'avait donné la thiosinamine pour combattre le tissu cicatriciel, M. Tapia résolut de l'essayer, il y a 4 ans, dans l'otite scléreuse. Le Bulletin de thérapeuti-

que de 1897 analysait un travail de Van Hoorn et indiquait que cet auteur avait employé la solution de Hebra à 15 0/0 en injections hypodermiques, 2 ou 3 fois par semaine, ou bien la solution à 10 0/0 dans la glycérine. C'est cette dernière solution que M. Tapia expérimenta sur un certain nombre de malades affectés d'otite scléreuse. Voici l'analyse succincte de ces divers cas : chez une femme de 37 ans, il fut pratiqué 12 injections de la solution glycérinée de thiosinamine au 1/10. Ni l'audition, ni les bourdonnements ne furent diminués. A un homme de 48 ans dont la surdité remontait à 15 ans, on pratique 6 injections sans le moindre résultat.

Vingt injections sont faites à un homme de 52 ans sans obtenir une amélioration notable : le résultat fut aussi négatif chez des personnes de 54, 45, 28 et 64 ans.

Donc sur 7 malades soumis à ce traitement, M. Tapia ne releva aucune amélioration, ce qui est en contradiction avec les effets heureux notés par d'autres auteurs. C'est ainsi que Sugar obtint d'excellents résultats sur 8 malades atteints d'otite catarrhale chronique et 2 de synéchies cicatricielles du tympan, en injectant sous la peau un centimètre cube d'une solution alcoolique à 15 0/0 et en introduisant, en même temps, au moyen de la sonde d'Itard, quelques gouttes de la solution glycérinée au 1/10e.

Kossel a aussi employé la solution alcoolique à 15 0/0 dans les cas d'otite cicatricielle et a obtenu une amélioration sensible.

M. Tapia qui n'avait pas employé d'autre traitement chez ses malades que l'injection sous-cutanée, se demande si les bons effets obtenus par M. Sugar ne peuvent pas être attribués au cathétérisme de la trompe plutôt qu'à la thiosinamine.

A. COURTADE.

Maladies vénériennes — Maladies de la peau

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux

Que doit-on conseiller à l'heure actuelle à une malade atteinte d'hypertrichose ? par BROCQ (*Le Bull. médical*, 22 déc. 1906). — L'auteur pose en principe qu'actuellement, on n'est pas sûr, avec la *radiothérapie*, de produire l'atrophie de la papille sans qu'elle soit accompagnée d'atrophie cutanée : ce mode de traitement est loin de répondre aux espérances qu'il a fait naître : on peut craindre avec lui de provoquer des lésions cutanées durables, plus disgracieuses souvent que l'hypertrichose elle-même.

L'*épilation* peut réussir dans quelques cas, lorsque les poils sont peu nombreux et la tendance à la transformation des duvets en poils adultes, peu sensible. Mais, dans la grande majorité des cas, l'avulsion d'un poil est suivie de la production d'un nouveau poil à racine plus profonde et plus solide. La rasure est peut-être plus mauvaise encore, car elle a la tendance de transformer le duveté en poils adultes : c'est pourtant le seul procédé possible quand la barbe est trop développée.

Les *dépilatoires* sont très douloureux et favorisent, en arrachant indistinctement tous les poils pris dans la substance agglutinante, la transformation des duvets en poils volumineux.

Les *pilivores*, à base de sulfure, d'arsenic ou de chaux, ont le même inconvénient et sont le plus souvent la cause seconde des grandes hypertrichoses.

L'*eau oxygénée* a pour avantage de blondir les duvets bruns, de les rendre cassants et d'en restreindre le développement. L'auteur en combine l'emploi avec des frictions de poudres siccatives, talc, carbonate de magnésie, etc., pures ou associées à de l'acide salicylique ou du borate de soude. Si les poils sont volumineux ou très foncés, l'action est moins efficace.

Reste l'*électrolyse*, qui est trop souvent mal employée. Il faut faire comprendre aux malades qu'après une séance 1 à 2 poils sur 10 repousseront, et qu'il y a lieu d'opérer une seconde fois. En outre, un mois et demi à deux après l'intervention, on voit se développer de nouveaux poils, presque toujours très foncés : si on les détruit, une nouvelle couche de poils réapparaîtra après le même laps de temps : 4 à 5 fois, le même phénomène peut se reproduire, toujours plus atténué. Il faut compter 1 à 2 ans, et même davantage, pour la guérison définitive, quand il s'agit de la figure : pour la poitrine et les avant-bras, il est rare qu'il y ait plus de 2 couches de poils.

L'opération en elle-même est très difficile à bien faire ; il faut bien exactement placer la pointe de l'aiguille sur le bulbe, ne laisser passer le courant ni trop, ni

trop peu de temps, et ne jamais, en une séance, opérer 2 poils assez voisins pour que les cercles de destruction des tissus périphériques deviennent tangents. C'est surtout à la lèvre supérieure que le danger est grand : la moindre faute de technique provoque l'apparition d'une dépression cicatricielle blanchâtre.

La méthode donnera rapidement les résultats voulus quand il s'agit de poils peu nombreux, groupés en une touffe ou disséminés en quinconce sur une vaste surface. Si, au contraire, il s'agit de vastes nævi pilaires, de barbes entières, la radiothérapie demandera beaucoup moins de séances, mais elle est plus incertaine.

E. Vogt.

Les effets de la ponction lombaire sur quelques phénomènes cutanés, par Ravaut (*La Presse médicale*, 19 déc. 07). — L'auteur a déjà démontré l'an passé, que chez les malades atteints de lichen de Wilson, de prurigo diathésique, d'eczéma sec prurigineux, une ponction évacuatrice de 6 à 8 cmc. de liquide peut déterminer une atténuation et même une cessation complète du prurit en 2 ou 3 jours, les lésions cutanées suivent une marche parallèle au prurit. Depuis, l'auteur a observé 2 malades atteintes de prurigo diathésique depuis 6 mois et 4 ans, entièrement guéris par une évacuation de 20 cmc. de liquide rachidien.

Dans l'urticaire, les prurits vulvaires, quelques affections du cuir chevelu, les résultats n'ont pas été aussi satisfaisants.

La ponction lombaire exerce des effets constants, mais éphémères sur la teinte érythémateuse des lésions cutanées syphilitiques.

E. Vogt.

Maladies des Voies Urinaires

Dr Deschamps

Ancien Interne des hôpitaux de Paris

Traitement interne de la blennorrhagie, p. Saalfeld (*Deutsche med. Wochenschrift* 6 déc. 1906). — L'auteur estime qu'en présence de la maladresse des patients, de la difficulté qu'il y a à faire venir régulièrement un blennorrhagique chez le médecin, il est préférable dans la plupart des cas, de recourir à la médication interne. Chaque fois que les balsamiques seront de bonne qualité et bien supportés, il y a lieu de les utiliser, car leur action sur la sécrétion est pour l'auteur indéniable.

E. Vogt.

Sur l'application de la fibrolysine, par Frank (*Assoc. franç. d'urologie*, 1906). — L'auteur rapporte 12 observations de rétrécissements urétraux, les uns infranchissables, les autres difficilement dilatables, qui ont pu être soignés efficacement grâce à une série d'injections de fibrolysine.

Ce produit est précieux dans les cas où on ne peut pas introduire même une filiforme, et dans ceux où on est arrêté à un certain numéro sans pouvoir poursuivre plus loin la dilatation, sous peine de voir survenir des hématuries sérieuses et des infections secondaires. Le procédé est à recommander surtout quand il s'agit de rétrécissements cicatriciels.

Au bout de quelques injections de fibrolysine, 4 en moyenne, à raison d'une par jour, on a pu introduire une filiforme ou poursuivre la dilatation. Dans certains cas, même avant de pouvoir passer une filiforme, l'injection a permis au malade d'uriner plus facilement.

L'auteur a également employé la fibrolysine avec succès, dans un cas d'épaississement douloureux du tendon d'Achille, d'origine gonococcique, et dans un cas de dilatation infundibuliforme de la vessie, résultant de la formation d'adhérences consécutives à une gastro-entérostomie, et déterminant des douleurs dans le bas-ventre.

La fibrolysine est altérable à l'air et à la lumière : elle est livrée par Merck dans des ampoules en verre foncé, de la contenance de 2 cc. 3 : la solution est à 15 0/0, stérilisée à 115° ; la dose à injecter tous les jours ou tous les deux jours est de 2 cc. 3. L'injection peut se faire sous la peau, ou dans le muscle : elle est particulièrement efficace faite dans les veines : elle n'est pas douloureuse. La fibrolysine est inoffensive et exempte de tout effet secondaire.

On doit combiner au traitement le massage et la dilatation, pour faciliter la résorption des tissus de cicatrice.

M. Deschamps.

Rupture sous-cutanée de l'uretère, par Blanel (*Beitrage z. klin. Chir. L*, 1). — L'auteur rapporte un cas de rupture traumatique de l'uretère : il en a retrouvé 11 au-

tres observations dans la science. Cette rupture survient à la suite d'un traumatisme sur l'abdomen et le thorax, le passage d'une roue de voiture, le plus souvent.

Le diagnostic immédiat de la lésion n'a jamais été fait : ce n'est que l'apparition, les jours suivants, d'une tumeur liquide dans l'hypocondre, qui peut faire penser à la rupture de l'uretère : il y a souvent de l'hématurie au début.

La rupture se fait presque toujours au voisinage de l'extrémité supérieure. Le mécanisme est variable ; presque toujours il s'agit d'un écrasement de l'uretère sur les apophyses transverses des deuxième et troisième vertèbres lombaires ; plus rarement il s'agit soit d'un arrachement par chute verticale et ptose brusque du rein ou plus hypothétiquement d'un éclatement par suite de la tension brusque provoquée par le tramatisme et la contraction musculaire.

Le diagnostic n'ayant jamais pu être fait aux premières heures, on n'a jamais pu tenter le traitement conservateur : sur les douze cas publiés, sept malades sont morts rapidement, les cinq autres ont guéri grâce à la néphrectomie pratiquée les jours suivants.

M. DESCHAMPS.

La réfection de l'urètre périnéal dans les traumatismes et les rétrécissements traumatiques, par PASTEAU et ISELIN (*Annales des mal. des org. génit. urinaires*, 1er déc. 1906). — La suture de l'urètre ne met pas le malade à l'abri du rétrécissement ultérieur, car elle n'est jamais assez étanche pour empêcher l'infiltration périnéale, et l'infection de cet épanchement donne naissance à des callosités péri-urétrales qui produisent plus tard la stricture du canal.

Il ne faut donc pas s'attacher à faire la réparation de l'urètre mais bien plutôt sa réfection, et ce procédé peut s'appliquer non seulement aux rétrécissements traumatiques, mais encore aux rétrécissements blennorragiques rendus incurables par des indurations péri-urétrales. Ces callosités doivent être enlevées et les deux bouts de l'urètre abouchés à la peau du périnée, ou le plus près possible de la peau sans exercer de tension sur l'urètre. Le point important, c'est que l'abouchement à la peau soit large, en entonnoir, au besoin on peut fendre le bout de l'urètre : longitudinalement, comme on fait dans l'amputation de verge.

Lorsque l'opération est faite tout de suite après le traumatisme, on se contente alors d'inciser le périnée largement, de la racine des bourses à l'anus, et d'aboucher les deux bouts de l'urètre à la peau. On laisse une sonde à demeure pendant 8 jours au maximum et on dilate ensuite le canal quotidiennement à partir du béniqué 30 jusqu'au 42, 43 et même 48 ; il est inutile de franchir la région prostatique: on arrête le cathéter dès qu'il a franchi la fistule. Si la fistule s'oblitère, on continue la dilatation pendant plusieurs mois ; si elle ne se ferme pas spontanément, on l'obture par une autoplastie à double lambeau superposé.

Ce procédé est le seul qui soit vraiment curatif : car la dilatation, l'urétrotomie interne, et l'urétrotomie externe avec ou sans sutures du canal et du périnée, ne sont que des méthodes palliatives qui permettent tout au plus d'entretenir un calibre suffisant ; d'ailleurs la dilatation et l'urétrotomie interne ne sont pas toujours possibles.

L'orifice fistuleux qui résulte de l'abouchement de l'urètre au périnée doit être large : la peau du périnée s'invagine vers la profondeur et va former les parois latérales du nouveau canal dans sa portion reconstituée.

La fermeture autoplastique peut se faire par plusieurs procédés.

1° Par un lambeau latéral décollé et suturé à l'autre côté après avivement.

2° Par deux lambeaux latéraux décollés et suturés l'un à l'autre.

3° Par des lambeaux renversés et superposés, face cruentée contre face cruentée, comme dans la cure de l'hypospadias (procédé de Th .Anger). On peut tailler ainsi deux lambeaux latéraux, décollés l'un de dedans en dehors et l'autre de dehors en dedans : ce dernier est rabattu en dedans de façon que sa face cutanée forme la paroi inférieure de l'urètre et sa face cruentée soit accolée à la face cruentée de l'autre lambeau attiré en dedans et suturé au côté opposé. On peut encore tailler un lambeau en languette rectangulaire à grand axe parallèle au raphé médian du périnée, soit en avant, soit en arrière de la fistule, le décollement commençant à l'extrémité la plus éloignée de la fistule : on le rabat ensuite sur la fistule de façon que sa face cutanée constitue la paroi inférieure de l'urètre ; deux lambeaux latéraux décollés de dedans en dehors, sont alors suturés l'un à l'autre et accolés à sa face cruentée.

oondance de l'hématurie
nie, montra une déchi-
yme rénal au niveau de
ieure d'une longueur de
on la sutura, on draina, e
it.
cette observation, l'auteu
l'intervention est indiqu
aturie est abondante, l'anév
ouls petit et fréquent, la
-dessus de la normale. On
ou la néphrectomie suivant
on drainera s'il y a soupçon
Dans le cas particulier il y
l'hématurie huit jours apr
avec élévation de la tem
cette hématurie céda spont
t cependant considérée
comme une complication
une mortalité de 78,50
point de vue du méca
are du rein, l'auteur croit
ici au choc de l'extrémité
contre le corps des ve
car il a trouvé, à l'o
culé en bas et en dedan
vait pas encore eu s
e.

Les nouvelles conq
nale, par PARLAVE
La capsulectomie
hls, est destinée
l'irrigation sa
ppant la circul
busement les
pération ne s
processus s
u bout d'un
lus de dév
appe de tis
our du rein
C'est pou
he l'auteu
nent de
hose que
rale.
Il fait
phroto
an fr
qu'il i
ploon

pepsies et toxiinfections issons, par M. P. Nobé- *dicale*, n° 48 15 *déc.* 06. pepsies et les toxi-infec- enfants peuvent être une prophylaxie ration- r l'enfant au sein, et, si lui faire prendre du bonne qualité. L'allaite- r, et avant le sevrage on lant que du lait. uillères, etc., feront l'ob- oureuse asepsie. Enfin les ques, même légers, ne se- ; ils seront traités par la in, par un laxatif léger. du tube digestif est déjà érapeutique spéciale sera . Nobécourt range les indi- ement sous cinq rubriques : *ion et la destruction des ger- duits toxiques existant dans tinale* seront obtenues par la qu'ont employée avec succès Rémy, Marfan, le professeur MM. Nobécourt et Vitry. On galement le lavage de l'esto- recommandent MM. Epstein, s y, le professeur V. Hutinel, re, Marfan, etc. Le lavage sera l'aide d'une sonde molle, et avec tion de chlorure de sodium à de bicarbonate de soude à 5 0/00. médications on ajoutera le lavage estin ou entéroclyse, les vomi- s'il n'y a pas de diarrhée, les pur- Les meilleurs purgatifs sont le ca- e sulfate de soude et l'huile de ri- antiseptiques et les astringents tels cide lactique, le bismuth, le ben- tol, le tannigène, la levure de bière, ltures de *Bacterium lactis aerogenes* zinsky), de bacille lactique, sont éga- t utiles.

La stimulation des sécrétions digesti- des réactions défensives de l'organisme tre la toxi-infection, et des éliminations les émonctoires sera obtenue par les alins (eau de Vichy, craie préparée, ma- ésie), les injections sous cutanées de so- tions salines, telles que sérums artificiels Luton, Hutinel, Thiercelin), et la balnéa- tion, chaude dans les formes algides, et fraîche dans les formes pyrétiques.

3° *L'alimentation* comprendra le lait, le babeurre, le képhir n° 2 de lait de vache ou d'ânesse, l'eau albumineuse, la viande crue, les décoctions de céréales, les bouillons de légumes, etc.

4° Le traitement devra viser également certains *symptômes* ou *des complications.* C'est ainsi qu'on traitera les coliques par les compresses chaudes et les cataplasmes ; la fièvre par les bains, la quinine, l'antipyrine, le pyramidon ; la dépression par les injections de caféine, d'huile camphrée, etc.

5° Enfin M. Nobécourt donne des indications générales selon les *formes cliniques* de l'affection. C'est ainsi qu'il distingue :

a Les formes aiguës légères (diète hydrique, purgatif, lavage de l'intestin, puis eau de riz, et enfin lait de femme, babeurre. En cas de diarrhée persistante, alcalins, bismuth, tannigène).

b Les formes pyrétiques (purgatif, diète hydrique prolongée, lavages de l'estomac et de l'intestin, compresses sur l'abdomen, bains tièdes).

c Les formes algides (même traitement, et, de plus, injections d'huile camphrée, de sérum artificiel, de caféine).

d Les formes dysentéroïdes (lavages de l'intestin prolongés, entéroclyse avec de l'eau oxygénée).

e Les formes chroniques. (Prescrire d'abord une purgation et la diète hydrique, régler ensuite minutieusement l'alimentation, puis traiter la constipation ou la diarrhée).

Pierre Sée.

Alimentation dans les gastro-entérites infantiles (*La Presse médicale*, 22 déc. 06). — Comby rectifie ainsi qu'il suit sa formule de bouillon végétal qui lui rend de grands services dans le traitement des affections du tube digestif chez l'enfant :

Faire bouillir 3 heures dans 3 litres d'eau 30 grammes ou une bonne cuillerée à soupe de :

Blé
Orge perlé
Maïs concassé.
Haricots .....
Lentilles ..... } Bruts ou décortiqués
Pois .....

Ajouter à la fin 5 gr. de sel, passer. Il doit rester un litre.

Si l'on prend les légumes décortiqués, le bouillon est plus riche en matières albuminoïdes ; il est donc préférable, quand on le peut, d'employer cette variété de légumes.

E. Vogt.

L'entérite glaireuse des enfants, par M. Rousseau-Saint-Philippe, (*Concours Médi-*

[illegible] ...que ne sont [illegible] au phacèle [illegible] ...ent toujours [illegible] ...ux superposés.

M. DESCHAMPS.

Epididymite hémorragique chronique guérie par l'épididymotomie, par DUHOT (*Revue de la Policlinique centrale de Bruxelles*, déc. 1906). — Il s'agit d'un malade qui présentait de temps en temps des poussées d'épididymite avec écoulement urétral gonococcique. La ténacité désespérante de cette affection le décida à accepter l'intervention : on incisa le noyau épididymaire, qui avait la grosseur d'un œuf de pigeon, sur une longueur de 3 à 4 centimètres, au niveau du ligament scrotal, et on trouva au milieu du tissu fibreux une petite cavité de la grosseur d'un pois, contenant du pus à gonocoques. Depuis, le noyau épididymaire a perdu toute sensibilité : le massage de la prostate et des vésicules a été pratiqué, et le malade semble débarrassé de son infection gonococcique.

L'auteur croit que l'épididymotomie doit permettre une résolution plus rapide et plus parfaite du foyer inflammatoire, et peut-être sauvegarder la perméabilité des voies spermatiques ; dans tous les cas, l'expérience lui a montré que l'incision fait disparaître rapidement la fièvre et la douleur.

L'épididymotomie est donc indiquée dans les cas suraigus avec fièvre et douleurs violentes, et dans les cas chroniques récidivants, comme dans l'observation précédente.

M. DESCHAMPS.

Traitement de l'hypertrophie de la prostate, par CHETWOOD (*Therapeutic Gazette* 15 décembre 1906). — L'auteur discute ici le traitement conservateur, l'époque et le choix de l'opération. Le traitement conservateur se résume dans l'emploi de la sonde dont on peut se servir tant qu'il ne survient pas des difficultés au cathétérisme ou des complications. La difficulté résulte de l'irritabilité de la vessie et de l'aggravation de l'obstacle. Le danger est dû à l'infection de la vessie et des reins. Enfin le cathétérisme est un traitement fastidieux parce qu'il faut y recourir indéfiniment. Ce sont les raisons qui obligent à recourir à l'opération.

Le moment où il faut opérer est une question à résoudre en tenant compte des particularités de chaque cas individuel, d'après les conditions existantes et l'état du patient. D'une façon générale, il faut recourir à l'opération lorsque le traitement palliatif est insuffisant pour combattre les symptômes, lorsque la sonde n'est pas bien tolérée, que le malade n'est pas suffisamment soulagé: enfin il faut opérer sans retard dès qu'il y a des symptômes d'infection rénale. Une lésion rénale n'est pas une contre-indication à l'opération, mais plutôt une raison d'intervenir.

Une fois l'opération décidée, le choix de l'opération dépendra du danger relatif, de la durée du traitement et de la possibilité de complications post-opératoires.

La galvano-cautérisation soit par l'urèthre (Bottini), soit par une incision périnéale (Chetwood) a pour but de détruire l'obstacle immédiat à l'évacuation de l'urine et de supprimer la rétention complète ou incomplète d'urine. Elle est limitée à certaines formes d'hypertrophie prostatique, à celles qui portent sur le col, à la sténose fibreuse, ou à la contracture du col de la vessie. Chetwood préfère la galvano-cautérisation à travers une incision périnéale, parce qu'elle permet une plus grande précision dans l'examen intravésical avec le doigt passé à travers l'incision. Cette opération peut aussi être une opération de choix dans certains cas avancés d'hypertrophie, qui ne peuvent être opérés par la prostatectomie.

Le plus grand nombre des cas d'hypertrophie de la prostate peuvent être opérés par la prostatectomie périnéale qui, d'après l'auteur, entraîne une convalescence plus courte que la prostatectomie sus-pubienne. Dans un certain nombre de cas sérieux on peut éviter les graves risques de cette opération en pratiquant au préalable un drainage périnéal, que l'on fait suivre de l'ablation secondaire de la glande. En général les résultats les meilleurs et les plus durables s'obtiennent lorsqu'on opère de bonne heure.

L. JUMON.

Hydronéphrose périrénale par MINKOWSKI (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.* XVI, 2). — L'auteur rapporte un cas d'hydronéphrose périrénale : il en existe deux autres cas publiés, celui de Malherbe et celui de Kirmisson. Les signes cliniques étaient ceux de l'hydronéphrose.

Après s'être assuré par le cathétérisme urétéral que le rein fonctionnait de ce côté, on soumit le malade à l'épreuve du bleu et de la phloridzine, la réaction se fit normalement par l'urine, mais elle fut à peine sensible dans le liquide de la tumeur recueilli par ponction. De même pour l'élimination des chlorures, des phosphates et de l'urée, qui se faisait normalement par l'urine et nullement par le liquide de la poche.

L'opération montra une poche liquide enveloppant totalement le rein et adhérente à lui seulement au niveau du bassinet. Le rein était normal : l'examen histologique d'une parcelle de son tissu ne révéla aucune lésion de néphrite. L'origine de cette affection demeure donc obscure.

M. DESCHAMPS.

Hypernéphrome du rein, par PETERSEN (*Hygiea*, avril 1906). — Ces tumeurs sont formées aux dépens de débris surrénaux aberrants ; elles peuvent se développer dans le rein sous la capsule, formant alors de véritables tumeurs du rein : au point de vue histologique elles ont la même constitution que les capsules surrénales. Elles peuvent quelquefois être bénignes, mais le pronostic est généralement grave à cause de la propagation métastatique fréquente, surtout dans les os.

Les symptômes sont : l'hématurie qui peut survenir très tardivement, les crises douloureuses qui peuvent faire penser à une colique néphrétique ou à une crise d'appendicite.

La néphrectomie est le seul traitement à opposer, il faut enlever le rein et sa capsule.

M. DESCHAMPS.

Le massage bi-manuel du rein contre la colique néphrétique, par WOODS (*Semaine médicale*, 6 juin 1906). — A deux reprises différentes, chez le même malade, présentant des crises de colique néphrétique droite, l'auteur provoqua l'expulsion du calcul en pratiquant des manœuvres de massage ayant pour but de faire cheminer le calcul de haut en bas : le malade était chloroformé profondément pour subir cette opération.

Le malade avait eu une première crise qui avait été soignée par les méthodes ordinaires et qui avait duré sept jours : les deux autres crises traitées par le massage bi-manuel furent considérablement écourtées : le calcul fut évacué au bout de 24 heures la première fois et 5 heures la seconde fois, après la séance de massage.

M. DESCHAMPS.

Cinquante cas consécutifs de prostatectomie périnéale sans cas de mort, par YOUNG (*The Therapeutic Gazette*, 15 déc. 1906). — Ces cinquante cas ont été opérés par l'auteur en quinze mois. Tous les malades sans exception ont guéri de leur rétention d'urine et aucun n'a eu de l'incontinence d'urine ; dans la plupart des cas les fonctions sexuelles se sont rétablies. Sur plus de 300 cas d'hypertrophie prostatique bénigne, dont 85 furent opérés par la méthode de Bottini et 30 par la prostatectomie sus-pubienne, l'auteur est convaincu que la meilleure opération et la plus inoffensive est la prostatectomie périnéale. Dans certains cas où on trouve une grosse prostate facilement énucléable avec des lésions vésicales, il peut être plus rapide d'énucléer toute la prostate par la voie sus-pubienne, mais il y a aussi de nombreux cas où cette dernière opération est presque impossible, à moins d'enlever l'organe en masse avec son urèthre et après avoir déchiré les canaux éjaculateurs. Dans un cas, opéré par un chirurgien anglais, l'opération sus-pubienne fut tentée sans succès et dut être abandonnée. Ces cas n'offrent pas plus de difficultés pour l'opération par le périnée que les formes énucléables d'hypertrophie prostatique. Mais ce n'est pas seulement parce que la méthode de prostatectomie périnéale est applicable à toutes les formes d'hypertrophie, mais surtout parce qu'elle offre une mortalité moindre et une convalescence beaucoup plus simple qu'elle doit être préférée à la prostatectomie sus-pubienne. La plupart des patients opérés par l'auteur se sont levés le deuxième ou le troisième jour de l'opération, qui est habituellement si bénigne dans ses effets qu'il est difficile de la considérer comme une grande opération. Il est également plus facile par la voie périnéale de diagnostiquer le cancer de la prostate et de l'opérer.

L. JUMON.

Rupture sous-cutanée du rein, par SUAREZ (*Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 15 sept. 1906). — Cette rupture se produisit chez un homme de 21 ans, à la suite d'un coup de pied de cheval dans le côté gauche du thorax, elle se manifesta par de l'hématurie et une tuméfaction ecchymotique dans l'hypocondre gauche : l'opération,

faite à cause de l'abondance de l'hématurie et de l'hyperthermie, montra une déchirure du parenchyme rénal au niveau de l'extrémité inférieure d'une longueur de 5 centimètres : on la sutura, on draina, et le malade guérit.

A propos de cette observation, l'auteur rappelle que l'intervention est indiquée quand l'hématurie est abondante, l'anémie intense, le pouls petit et fréquent, la température au-dessus de la normale. On fera la suture ou la néphrectomie suivant l'état du rein ; on drainera s'il y a soupçon d'infection. Dans le cas particulier il y eut reprise de l'hématurie huit jours après l'opération, avec élévation de la température à 39°; cette hématurie céda spontanément: elle est cependant considérée ordinairement comme une complication grave qui donne une mortalité de 78,50 0/0 (Delbet).

Au point de vue du mécanisme de la rupture du rein, l'auteur croit qu'elle a été due ici au choc de l'extrémité inférieure du rein contre le corps des vertèbres lombaires, car il a trouvé, à l'opération, le rein basculé en bas et en dedans : ce mécanisme n'avait pas encore eu sa preuve anatomique.

M. DESCHAMPS.

Les nouvelles conquêtes de la chirurgie rénale, par PARLAVECCHIO (*Palerme*, 1906).

La capsulectomie ou opération d'Edebohls, est destinée à suppléer l'insuffisance de l'irrigation sanguine du rein en développant la circulation périrénale. Malheureusement les résultats éloignés de cette opération ne sont pas très favorables, car le processus scléreux reprend son évolution au bout d'un certain temps, avec d'autant plus de développement qu'il se forme une nappe de tissu cicatriciel rétractile tout autour du rein.

C'est pour obvier à cette conséquence que l'auteur a imaginé un perfectionnement de cette opération qui n'est autre chose que l'omentisation extra et intra-rénale.

Il fait la décapsulation du rein et la néphrotomie, puis il enveloppe le rein dans un fragment d'épiploon en même temps qu'il insinue également un lambeau d'épiploon entre les lèvres de l'incision du rein.

Expérimentalement, il a prouvé la valeur de cette intervention en conservant deux chiens auxquels il avait fait préalablement la néphrectomie, et pratiqué l'omentisation du rein opposé après ligature de l'artère et de la veine rénales.

L'épiploon peut donc suppléer d'une façon satisfaisante la circulation rénale en développant la circulation périphérique, mais sans qu'il y ait cependant néoformation de vaisseaux comme Edebohls semble l'avoir cru ; en outre, il empêche la formation de tissu cicatriciel rétractile autour du rein.

M. DESCHAMPS.

Traitement des néphrites hématuriques (*Soc. de ch.*, 14 nov. 1906). — On a récemment traité de l'inefficacité de la décapsulation du rein contre le mal de Bright. La *néphrotomie* a, pour son compte, guéri définitivement des hématuries rénales chez des opérés de MM. POUSSON, REYNIER, etc. M. ROUTIER se demande si c'est bien l'intervention elle-même qui produit le bon résultat qu'on observe, lorsque celui-ci est assez tardif; comme lui, M. Tuffier pense que si les hématuries continuent longtemps après l'opération, celle-ci n'est pas la cause de leur disparition ultérieure. M. DELBET a pratiqué la *néphrectomie* chez une malade atteinte d'hématuries. Il n'existait pas de lésions appréciables de l'organe enlevé. Il a aussi observé la guérison spontanée. De sorte qu'à part les cas de *néphrectomie* suivie de guérison immédiate, il est assez difficile de dire si la simple incision du rein, avec la gravité notablement moindre qu'elle comporte, suffit à l'heure actuelle, ou même si elle est nécessaire. On pencherait cependant vers l'opinion qui lui prête une influence favorable.

A. BENOIT

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL
Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité

Hystérectomie abdominale ; mort par intoxication iodoformée. — (*Soc. de chir.* 16 décembre 1906). — M. RICARD communique un fait appartenant à M. SAVARIAUD dans lequel une femme hystérectomisée pour fibrome et dégénérescence cancéreuse du col, succomba au 5e jour avec du délire et fort peu de fièvre. L'autopsie ayant montré l'absence de péritonite, M. Savariaud pense que la mort doit être attribuée à l'intoxication par la mèche iodoformée placée dans le vagin. MM. QUENU et RICARD pensent qu'il s'agit plutôt d'un de ces cas de septicémie, aujourd'hui mieux connus, où l'absence de fièvre, d'accélération du pouls n'empêche pas les malades de su-

bir des infections graves auxquelles elles succombent en quelques jours.

A. BENOIT.

Utilisation plastique de l'utérus pour insuffisance fonctionnelle du sphincter vésical, par HOFMEIER (*Zeit, f. Gyn.*, 1906, n° 29). — L'auteur a employé avec succès, dans un cas d'insuffisance du sphincter vésical chez une femme, le procédé que Freund a conseillé pour combler les vastes pertes de substance de la paroi vésico-vaginale.

Le procédé consiste à inciser la paroi vaginale antérieure et à la décoller d'une façon suffisante pour interposer entre elle et la paroi vésicale, l'utérus fortement antéfléchi. Pour amener l'utérus dans sa nouvelle position on incise le cul-de-sac antérieur, on l'attire en avant et on le fixe entre la paroi urétro-vésicale et la paroi vaginale antérieure décollée.

Le résultat a été satisfaisant ; il s'agissait d'une malade de 41 ans qui perdait ses urines depuis plusieurs années à la suite d'affections gynécologiques diverses ayant entraîné une insuffisance fonctionnelle du sphincter vésical, rebelle aux traitements ordinaires. L'obstacle mécanique apporté par la compression de l'utérus sur l'urètre s'opposa suffisamment à l'écoulement continu de l'urine.

M. DESCHAMPS.

Traitement du prolapsus de l'ovaire, *Soc. méd ch. de Londres*, 5 *déc.*, 1906. — M. BONNEY dans son travail préconise pour certains cas le raccourcissement du ligament, au moyen d'une suture, qui, commençant à la face postérieure de l'utérus au point de naissance du ligament, se termine à son point d'attache à l'ovaire. Le ligament se trouve par ce moyen non seulement raccourci, mais épaissi, et l'ovaire est relevé sous la corne utérine. Mme Boyd a employé ce procédé dans quelques cas, mais elle ne pense pas qu'il soit généralement nécessaire de le continuer dans la pratique avec la ventrofixation, car dans la plupart des cas les ovaires reprennent leur position normale par la ventrofixation, de même dans quelques autres cas après l'usage d'un pessaire. Quant à la récidive de l'affection kystique dans un ovaire après résection, elle est due à la persistance du processus pathologique que ne réussit pas à prévenir la suspension de l'ovaire.

Blacker et Herman pensent qu'il est rarement nécessaire de recourir à l'opération. Ces cas de prolapsus disparaissent souvent avec le retour d'une grossesse. L'ovaire placé au repos durant neuf mois, se trouve relevé du fond du bassin et devient moins douloureux, si on prend soin alors d'assurer l'involution normale de l'utérus et de ses ligaments: le déplacement ne récidive pas après la délivrance. Au point de vue du traitement opératoire, il ne faut pas oublier que beaucoup de ces malades étaient des neurasthéniques. L'amélioration de la santé générale est donc de la plus grande importance

Eden est disposé à croire que l'opération décrite par Bonney peut être utile dans les cas de prolapsus non compliqué de l'ovaire, qui ont résisté à toutes les autres méthodes de traitement et qui ne sont pas associés à une neurasthénie très marquée.

L. JUMON.

Injections intra-veineuses de collargol dans la fièvre puerpérale, par HOCHEISEN (*Med. Klinik n°* 34 1906). — L'auteur dispose de 52 observations ; la mortalité a été inférieure à celle de chacune des 10 années précédentes. Les injections produisent un abaissement de la température, une amélioration de l'état général et du pouls : ce sont surtout les cas compliqués d'endocardite et de pneumonie septique qui bénéficient de la méthode. La résorption n'est pas favorisée par ce traitement, qui n'est pas indiqué, en conséquence, en cas de périmétrite et d'endométrite localisée.

L'auteur recommande la solution à 2 0/0, dont on injecte 3 à 5 ccm., deux ou trois fois par jour. L'injection n'est pas douloureuse : si la malade accuse des douleurs, il y a lieu d'admettre que le liquide médicamenteux n'a pas pénétré dans le courant sanguin.

E. VOGT.

La leucorrhée, son traitement, par HAMMOND (*The Therapeutic, Gazette*, 15 déc. 1906). — Il existe d'abord un écoulement normal qui attire peu l'attention. Le col secrète un mucus visqueux qui peut se mélanger aux écoulements vaginaux. L'écoulement purulent, jaunâtre ou verdâtre se voit dans la blennorrhagie aiguë et dans l'endométrite chronique. L'écoulement aqueux peut résulter d'une simple hyperémie des voies génitales et son abondance peut faire soupçonner un hydrosalpinx. On peut aussi le rencontrer dans le cancer qui

donne plus souvent lieu à une sécrétion fétide.

Le traitement médical peut être général ou local. Le fer et l'arsenic peuvent être indiqués. Les malades doivent aller à la selle tous les jours, être chaudement vêtues, faire des exercices gymnastiques, surtout au grand air, enfin prendre des bains tièdes ou des bains russes dans les cas de diathèse rhumatismale.

Le traitement local consiste en injections d'eau chaude ou de solution saline normale, elles peuvent être astringentes. Parmi les médicaments à employer l'auteur cite l'acide phénique à un demi ou deux p. c., l'alun à 3-6 p. c., l'acétate de plomb, 4 gr. p. 120 d'eau dont on fait dissoudre 2 à 5 cuillerées pour un litre d'eau, le bichlorure de mercure à 1 : 4.000, le sulfate de zinc, 1 cuill. à thé pour un litre, la créoline et le lysol dans la même proportion. Hardwicke préconise les applications locales de quinine ; on a également proposé la levure, l'ichthyol, le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre en applications sur le col.

S'il existe des lacérations viscérales, la leucorrhée cessera en général après l'amputation du col. Dans l'endométrite le curettage est indiqué. La leucorrhée d'origine tubo-ovarienne nécessite une intervention conservatrice ou radicale sur les trompes.

Hunner a recommandé contre la leucorrhée cervicale des incisions radiées du col avec le couteau du galvanocautère. L'avantage de la méthode est de pouvoir être appliquée sans anesthésie. Le traitement peut être répété une fois en trois semaines. On bourre le vagin de gaze stérilisée en prévision d'une hémorrhagie, qui peut survenir au moment de l'élimination du tissu mortifié, c'est-à-dire après trois ou quatre jours. Les résultats les plus complets sont obtenus dans les cas d'hypertrophie cervicale et d'éversion de la muqueuse après l'accouchement.

L. Jumon.

Forme anormale d'épithélioma dendritique du sein, par Lacouture (*Soc. d'obst. gyn. et péd. de Bordeaux*, 13 nov. 1906 in *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 23 déc. 1906). — Le cas rapporté par l'auteur concerne une malade âgée de 51 ans, qui vint en mars 1906 montrer une tumeur volumineuse du sein. Cette tuméfaction évoluait depuis trois ans, d'abord lentement, puis avait pris, les trois derniers mois, un développement rapide. L'état général était resté bon. Aucun antécédent personnel ou héréditaire à signaler. La tumeur occupait la partie inférieure du sein gauche, et était du volume d'une tête d'enfant, bosselée, irrégulière, donnant la sensation d'une tumeur solide élastique. Un lacis veineux abondant à la surface, pas de ganglions, étalement plutôt qu'attraction du mamelon, adhérence légère au grand pectoral.

L'opération fut pratiquée le 22 mars. Dès que la tumeur fut enlevée, on fut surpris de s'apercevoir qu'il s'agissait d'une tumeur liquide, kystique, formée de plusieurs poches remplies d'un liquide sanguinolent. Sur la paroi de l'une des poches et sur une seule, on découvrit un bourgeon papillaire semblable à ceux qu'on voit dans les poches de l'épithélioma dendritique du sein. Une parcelle de ce bourgeon soumis à l'examen histologique a confirmé le diagnostic.

Il est curieux de trouver, dans ce cas, plusieurs poches kystiques indépendantes les unes des autres et sans bourgeons néoplasiques papillaires comme dans la poche principale. L'A. signale, en terminant, comme particulièrement intéressant le fait que cette tumeur était polykystique, mais qu'on ne retrouvait qu'au niveau d'un seul kyste la végétation qui caractérise l'épithélioma dendritique.

R. Blondel.

Pédiâtrie

Dr E. THIERCELIN
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

Composition chimique du lait de la mère et dyspepsie de l'enfant, par M. Barbier. *Soc. de Pédiatrie*, 18 déc. 1906). — Un lait renfermant une grande quantité de substances azotées peut être nuisible à l'enfant. A l'appui de ce fait, M. Barbier cite l'observation d'une femme qui avait un lait très riche en azote, et dont l'enfant présentait des troubles digestifs et de l'amaigrissement. La mère, croyant l'enfant insuffisamment nourri, prit du lactagol. Ce médicament augmenta la teneur du lait en substances azotées, et aggrava l'état du nourrisson.

M. Barbier supprima le lactagol, et mit la mère au régime végétarien. Grâce à ce traitement, le lait devint plus aqueux et l'enfant augmenta rapidement de poids. Lorsque la mère revenait à une alimentation carnée trop abondante, l'enfant présentait de nouveau des troubles digestifs. Ils disparaissaient dès que la mère revenait à un régime pauvre en azote.

Pierre Sée.

Traitement des dyspepsies et toxiinfections digestives des nourrissons, par M. P. Nobécourt. (*Tribune médicale*, n° 48 15 *déc.* 06. p. 758). — Les dyspepsies et les toxi-infections digestives des enfants peuvent être évitées au moyen d'une prophylaxie rationnelle. Il faut nourrir l'enfant au sein, et, si cela est impossible, lui faire prendre du lait stérilisé et de bonne qualité. L'allaitement sera régulier, et avant le sevrage on ne donnera à l'enfant que du lait.

Les biberons, cuillères, etc., feront l'objet de la plus rigoureuse asepsie. Enfin les troubles dyspeptiques, même légers, ne seront pas négligés ; ils seront traités par la diète et, au besoin, par un laxatif léger.

Si l'infection du tube digestif est déjà réalisée, une thérapeutique spéciale sera nécessaire. M. P. Nobécourt range les indications du traitement sous cinq rubriques :

1° *L'élimination et la destruction des germes et des produits toxiques existant dans la cavité intestinale* seront obtenues par la diète hydrique qu'ont employée avec succès MM. Luton, Rémy, Marfan, le professeur V. Hutinel, MM. Nobécourt et Vitry. On pratiquera également le lavage de l'estomac, que recommandent MM. Epstein, Léo, Babinsky, le professeur V. Hutinel, MM. Lesage, Marfan, etc. Le lavage sera pratiqué à l'aide d'une sonde molle, et avec une solution de chlorure de sodium à 7 0/00, ou de bicarbonate de soude à 5 0/00.

A ces médications on ajoutera le lavage de l'intestin ou entéroclyse, les vomitifs, et, s'il n'y a pas de diarrhée, les purgatifs. Les meilleurs purgatifs sont le calomel, le sulfate de soude et l'huile de ricin. Les antiseptiques et les astringents tels que l'acide lactique, le bismuth, le benzonaphtol, le tannigène, la levure de bière, les cultures de *Bacterium lactis aerogenes* (Brudzinsky), de bacille lactique, sont également utiles.

2° *La stimulation des sécrétions digestives, des réactions défensives de l'organisme contre la toxi-infection, et des éliminations par les émonctoires* sera obtenue par les alcalins (eau de Vichy, craie préparée, magnésie), les injections sous cutanées de solutions salines, telles que sérums artificiels (Luton, Hutinel, Thiercelin), et la balnéation, chaude dans les formes algides, et fraîche dans les formes pyrétiques.

3° *L'alimentation* comprendra le lait, le babeurre, le képhir n° 2 de lait de vache ou d'ânesse, l'eau albumineuse, la viande crue, les décoctions de céréales, les bouillons de légumes, etc.

4° Le traitement devra viser également certains *symptômes* ou *des complications*. C'est ainsi qu'on traitera les coliques par les compresses chaudes et les cataplasmes ; la fièvre par les bains, la quinine, l'antipyrine, le pyramidon ; la dépression par les injections de caféine, d'huile camphrée, etc.

5° Enfin M. Nobécourt donne des indications générales selon les *formes cliniques* de l'affection. C'est ainsi qu'il distingue :

a Les formes aiguës légères (diète hydrique, purgatif, lavage de l'intestin, puis eau de riz, et enfin lait de femme, babeurre. En cas de diarrhée persistante, alcalins, bismuth, tannigène).

b Les formes pyrétiques (purgatif, diète hydrique prolongée, lavages de l'estomac et de l'intestin, compresses sur l'abdomen, bains tièdes).

c Les formes algides (même traitement, et, de plus, injections d'huile camphrée, de sérum artificiel, de caféine).

d Les formes dysentéroïdes (lavages de l'intestin prolongés, entéroclyse avec de l'eau oxygénée).

e Les formes chroniques. (Prescrire d'abord une purgation et la diète hydrique, régler ensuite minutieusement l'alimentation, puis traiter la constipation ou la diarrhée).

Pierre Sée.

Alimentation dans les gastro-entérites infantiles (*La Presse médicale*, 22 déc. 06). — Comby rectifie ainsi qu'il suit sa formule de bouillon végétal qui lui rend de grands services dans le traitement des affections du tube digestif chez l'enfant :

Faire bouillir 3 heures dans 3 litres d'eau 30 grammes ou une bonne cuillerée à soupe de :

Blé
Orge perlé
Maïs concassé.
Haricots .....
Lentilles ..... } Bruts ou décortiqués
Pois .....

Ajouter à la fin 5 gr. de sel, passer. Il doit rester un litre.

Si l'on prend les légumes décortiqués, le bouillon est plus riche en matières albuminoïdes : il est donc préférable, quand on le peut, d'employer cette variété de légumes.

E. Vogt.

L'entérite glaireuse des enfants, par M. Rousseau-Saint-Philippe, (*Concours Médi-*

cal, n° 50. 16 déc. 06, p. 892 (*d'après le Journal de Médecine de Bordeaux*). — L'entérite glaireuse des enfants, qu'il ne faut pas confondre avec l'entérite mucomembraneuse, est caractérisée par la présence, dans les selles, de glaires, de mousse, de sang, de fausses membranes et de lambeaux d'aspect chair musculaire

D'après M. Rousseau Saint-Philippe il faut, dans cette affection, proscrire le bismuth, le tannin, le ratanhia, l'antipyrine. Ces médicaments, en effet, empêchant l'évacuation des matières, prolongent la durée du mal. On doit recourir aux laxatifs et aux purgatifs doux et surtout à l'huile de ricin fraîche, associés ou non à l'huile d'amandes douces.

Si la maladie se prolonge au delà de trois semaines on fera usage du sirop suivant :

Alcoolature de racine d'aconit 10 à 20 gouttes.
Sirop d'Ipéca composé 30 à 60 grammes.
Eau de Tilleul 90 à 120 grammes.

A prendre par cuillerées à soupe, toutes les heures du jour et de la nuit.

S'il n'y a pas de fièvre, on supprimera l'aconit.

Si ce sirop ne donne pas de résultats, on lui substituera la *macération à froid de poudre fraîche de guarana*, à la dose de 0,20 à 1 gramme, à prendre, avec de l'eau sucrée, dans les 24 heures, toutes les heures régulièrement, et par grandes cuillerées.

Les lavements sont inutiles. Le malade sera mis à la diète hydrique, et, au bout de quelque temps, il pourra prendre du bouillon de légumes. La guérison obtenue, on n'alimentera le patient qu'avec les plus grandes précautions.

Pierre Sée.

Tentative de traitement des diarrhées infantiles par le sérum antidysenterique, par MM. Weil et Dauvergne (*Soc. de Pédiatrie*, 18 déc. 06). — MM. Weil et Dauvergne ont tenté de traiter des enfants atteints de diarrhée infantile banale par un sérum antidysenterique. Ce sérum était préparé en partant du bacille dysenteriforme de Shiga. Les résultats que les auteurs ont obtenus furent nuls. Le sang des enfants ne présentait pas de séroréaction au bacille de Shiga.

Pierre Sée.

La pegnine dans l'alimentation des nourrissons, par M. J. Comby. (*La Presse Médicale* n° 102. Samedi 22 déc. 06. p. 828). — On voit quelquefois des enfants qui ne supportent pas le lait, qu'il soit de femme ou de vache, et même lorsqu'il est donné d'une manière rationnelle. Ces enfants ne digèrent pas la matière albuminoïde du lait. Un médecin allemand, M. von Dungern, attribue ces troubles dyspeptiques à la quantité insuffisante ou à la qualité défectueuse du ferment-lab secrété par l'estomac ; aussi cet auteur propose-t-il de donner à ces malades du *Pegnin-Milch*, c'est-à-dire du ferment-lab extrait de l'estomac de jeunes veaux.

Le lait, une fois additionné de pegnine, ne doit pas être porté au-dessus de 40° ; une température supérieure à ce chiffre détruirait en effet le ferment.

La quantité de pegnine à ajouter au lait est, en poids, de un pour cent. Il faut, après addition du ferment, agiter le lait, puis attendre deux ou trois minutes pour permettre une coagulaion en fins grumeaux du lait de vache. Cette coagulation, obtenue grâce à la pegnine est plus favorable à l'acte digestif que la coagulation en gros caillots, telle qu'elle se fait normalement dans l'estomac du nourrisson. Le lait est ensuite chauffé à 37°, et peut dès lors être consommé.

M. J. Comby a employé avec succès la pegnine, chez les enfants dyspeptiques, dans l'allaitement naturel et dans l'allaitement artificiel. Dans le premier cas, on donne, deux ou trois minutes avant chaque têtée, une cuillerée à café du lait de la nourrice, additionnée d'une pincée de pegnine.

Dans le second cas, qui est le plus fréquent, on ajoute la poudre de pegnine au biberon. M. J. Comby a observé plusieurs enfants qui se sont bien trouvés du lait ainsi modifié, alors qu'ils ne supportaient pas le lait pur, le lait écrémé, le babeurre, le képhir ou la soupe de malt.

L'auteur remarque que cette thérapeutique ne convient pas à tous les enfants : si on n'a pas obtenu de résultats au bout de quelques jours, il faut recourir à un autre mode d'allaitement. Enfin on ne prolongera pas l'usage du lait pegniné lorsque les malades cessent d'augmenter de poids : ils sont, en effet, arrivés alors à la période de saturation, et le traitement a produit tout ce qu'il pouvait donner.

Pierre Sée.

Note sur le traitement du prolapsus rectal chez l'enfant, par Fabre (*L'Echo médical*

des Cévennes, décembre 1906). — Les recherches récentes sur la pathogénie du prolapsus rectal chez l'enfant, ont montré que le prolapsus n'est qu'une hernie de l'intestin grêle se faisant dans le cul-de-sac péritonéal vésico-rectal et venant faire saillie à l'anus après avoir entraîné l'ampoule rectale. Le prolapsus, comme les hernies chez l'enfant, guérit à condition d'être contenu pendant un certain temps. Comme l'affection coïncide souvent avec des lésions rachitiques, le traitement du rachitisme contribuera à amener la guérison. Pour maintenir la réduction du prolapsus, on peut, soit fixer la muqueuse, soit rétrécir l'orifice anal. L'auteur ne pense pas qu'on réussisse en employant les injections de paraffine, comme l'a proposé Karewski. Par contre, il recommande le procédé de Roux, qu'il a souvent employé avec succès. L'enfant étant anesthésié, on introduit un doigt dans le rectum et, en se guidant sur ce doigt, on fait pénétrer en dehors de la muqueuse l'aiguille d'une seringue de Pravaz. L'aiguille est conduite sur l'un des côtés du rectum et enfoncée à fond ; injection d'une demi-seringue d'alcool absolu. L'aiguille est retirée à moitié ; injection de l'autre demi-seringue. Même opération du côté opposé. En avant il faut prendre garde aux organes urinaires et n'injecter qu'une demi-seringue. En arrière le tissu cellulaire étant plus abondant, on peut sans inconvénient injecter deux seringues. Un pansement fixé par du sparadrap est laissé en place pendant huit jours. L'enfant est constipé pendant ce temps.

L'alcool détermine un œdème inflammatoire autour de la muqueuse, avec prolifération conjonctive, qui s'oppose ensuite au glissement de la muqueuse et la fixe. Le procédé peut être recommandé au bout de 10 à 12 jours, s'il y a récidive.

Dans les cas rebelles, l'auteur a eu recours au cerclage de l'anus. Anesthésie générale, petite incision cutanée au devant de l'orifice anal pour permettre l'entrée et la sortie d'une aiguille courbe (Reverdin, Hagedorn, etc), munie d'un fil de soie. On fait cheminer l'aiguille et le fil tout autour de l'anus en dehors du sphincter. Les deux chefs du fil sont noués sur l'extrémité d'un doigt introduit dans l'anus et servant de calibreur. On ferme ensuite la petite plaie cutanée par un point de suture. Il s'agit ici d'une modification du procédé de Thiersch, imaginée par Lenormand. C'est ce procédé qu'a employé l'auteur avec un plein succès chez un enfant de huit ans.

L. JUMON.

Pharmacologie

Dr E. VOGT
Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Cure de raisins et jus de raisins frais stérilisé, d'après la *Province Médicale*. N° 51, 22 décembre 1906, p. 601. — La cure de raisin, en faveur à l'étranger, n'est guère employée en France. Elle a, en effet, l'inconvénient de surcharger le tube digestif des malades de produits inutiles, tels que peaux et pépins. Aussi est-il préférable d'employer le jus de raisin frais stérilisé. Le jus est stérilisé aussitôt qu'il sort du pressoir, et il est conservé dans des flacons aseptiques. Par sa composition chimique, il se rapproche beaucoup du lait de femme, et constitue, par conséquent, un *aliment* de premier ordre. A ce titre il est indiqué dans tous les cas où s'impose le régime lacté, qu'il faut quelquefois varier pour que le malade le supporte longtemps. Parmi ces cas, nous citerons les néphrites, la cirrhose du foie, la dyspepsie hypersthénique, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives au début.

Le jus de raisin donne également de bons résultats dans les affections qui nécessitent un certain degré de suralimentation : telles sont la tuberculose et la neurasthénie.

Par son mucilage, les sels minéraux et les bases alcalines qu'il renferme, le jus de raisin constitue un excellent *médicament*. Il faut le prescrire dans l'entéro-colite, la constipation, les hépatites chroniques, les cirrhoses, les affections rénales et les cystites.

Pierre SÉE.

Le nitrate d'argent comme moyen de se désaccoutumer du tabac, par S. V. KOLOMOITZEV (*Terapia*, novembre 1906). — Récemment, un confrère russe, le docteur Skoulsky, a recommandé, pour faire perdre l'habitude de fumer, les badigeonnages de la cavité buccale avec une solution de nitrate d'argent à 5 0/0, la fumée de tabac déterminant, au contact de la muqueuse ainsi traitée, un goût des plus désagréables. Or, il se trouve que Kolomoïtzev, médecin auxiliaire de l'Hôpital militaire de Kazan, emploie aussi depuis assez longtemps et avec un succès invariable, ce même moyen, mais sous une forme beaucoup plus commode,

celle de simples lavages avec une solution argentique très diluée. Au dire de cet auteur, il suffirait au fumeur le plus invétéré de se rincer la bouche, une ou plusieurs fois dans la journée, avec une solution de nitrate d'argent à 0,25 0/0 pour perdre toute envie de fumer et pour se défaire de la sorte, avec la plus grande facilité, de cette mauvaise habitude.

V. DE HOLSTEIN.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts. — *Conférences d'ophtalmologie.* — MM. les docteurs TROUSSEAU, CHEVALLEREAU, KALT, VALUDE, commenceront, le mardi 15 janvier, à 1 heure, des leçons cliniques qu'ils continueront les mardis suivants à la même heure. Les leçons seront faites alternativement par les quatre médecins de la clinique. Consultations et opérations à 1 heure.

Maison des Etudiants. — L'Association générale des étudiants de Paris a reçu du gouvernement une subvention de 200.000 francs sur la somme allouée par la Chambre et le Sénat par voie de crédits supplémentaires, avant la clôture de la session parlementaire.

Erreur pharmaceutique. — *Fatale méprise.* — Dans son audience du 10 courant le tribunal correctionnel de Senlis a jugé les conséquences d'une erreur pharmaceutique. M. Breton, pharmacien à Chambly poursuivi pour blessures par imprudence, suite d'une erreur par lui commise, dans la préparation d'un collyre, qui occasionna à la dame Leblanc, marchande foraine à Chambly déjà privée de l'œil droit, la perte complète de l'œil gauche, est condamné à 500 francs d'amende avec application de la loi de sursis ; la dame Leblanc, qui s'est portée partie civile, obtient 8.000 francs de dommages intérêts.

Nécrologie. — *Triple asphyxie.* — Le docteur NANZETTI (de Saint-Gingolph), âgé de 83 ans, sa femme, âgée de 69 ans et leur domestique, une jeune fille de quinze ans, habitant Saint-Gingolph (Haute-Savoie), ont été asphyxiés dans leur lit. Un calorifère, dont la clef avait été fermée par inadvertance, avait saturé d'oxyde de carbone l'atmosphère de toute la maison et causé la mort des trois habitants.

Mort du Professeur Budin. — Le Professeur Budin est mort le 22 février à cinq heures à Marseille à l'Hôtel Terminus,, succombant à une pneumonie qu'il avait contractée en allant dans cette ville faire une conférence pour la Ligue contre la mortalité infantile, dont il était le Président.

Né à Enancourt-le-Sec (Oise), le 9 novembre 1846, Pierre-Constant Budin fut nommé interne des hôpitaux de Paris, le 22 décembre 1871. Il était nommé agrégé à la Faculté de Paris le 13 juillet 1880 et accoucheur des hôpitaux le 5 juillet 1882. L'Académie de Médecine lui ouvrit ses portes le 29 janvier 1886.

En 1898, il succédait à son maître, le Professeur Tarnier, comme professeur de clinique obstétricale à la Faculté.

Son œuvre est considérable et embrasse toutes les parties de la science des accouchements et de la médecine des nouveaunés. Il termina, en collaboration avec Tarnier, le Traité classique d'accouchements, que celui-ci avait commencé avec Chantreuil, et l'acheva seul. Les plus importants de ses travaux sont réunis en un volume (Travaux d'Obstétrique) paru en 1886. Il publia plus récemment un Traité pratique des accouchements, en collaboration avec son élève, le docteur Démelin, et enfin un ouvrage considérable, Le Nourrisson, dans lequel sont consignées ses admirables et patientes recherches sur l'alimentation du nouveau-né. Il fut, avec M. Strauss, le fondateur de la Ligue contre la mortalité infantile. Il créa, à Paris, les premières consultations pour les nourrissons dans les hôpitaux.

Il laisse le souvenir d'un travailleur infatigable, patient et minutieux, d'un professeur hors ligne, à l'esprit clair et précis, possédant au plus haut degré l'art de la persuasion, d'un maître profondément dévoué à ses élèves, comme il fut lui-même pour Tarnier un disciple pieux et affectionné. La droiture de son caractère, la sûreté de sa science, sa bonté pour ses malades et sa tendresse pour les tout petits ont fait de lui un des praticiens les plus recherchés de notre époque.

C'est une perte irréparable pour la science française, un deuil cruel pour ses élèves et pour tous ceux qui, l'ayant approché, l'ont admiré et l'ont aimé.

R. B.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Faculté de Médecine de Paris. — PRIX POUR 1906. — *Prix Barbier* (2.000 fr.). — Le prix est décern(é à M. Heitz-Boyer (de Paris) pour son système d'attelles métalliques extensibles pour la réduction des fractures. — *Prix Monthyon* (700 fr.). — Le prix n'est pas décerné, mais une mention honorable est accordée à M. le docteur Hébert (d'Audierne) pour son travail sur *une épidémie circonscrite de fièvre typhoïde.* — *Prix Jeunesse* (*hygiène*) (1.500 fr.). — La Faculté ne décerne pas le prix, mais e(lle accorde une mention très honorable à MM. les docteurs P. Couteaud et H. Girard (médecins de la marine) pour leur ouvrage intitulé : *L'hygiène dans la marine de guerre moderne.* Des mentions honorables sont acocrdées à M. le docteur Borel, directeur de la santé au Havre et M. Collet (du Havre) pour leur projet d'un navire salubre, et à M. le docteur Renoux (d'Agen) pour son mémoire sur (l'*hygiène scolaire.* *Prix Lacaze* (10.000 fr.). — Le prix est attribué à M. le docteur Achard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pour ses travaux sur la *fièvre typhoïde.* — *Prix Saintour* (3.000 fr.). — Question : *Des rapports de l'alcoolisme et des accidents saturnins.* Le prix est décerné à MM. les docteurs Castaigne et J. Ferrand (de Paris). — *Prix Béhier* (1.800 fr.). — Question : *Syphilis hépatique.* Le prix est attribué à M. le docteur Ch. Fouquet (de Paris). Une mention honorable est accordée à MM. les docteurs Courcoux et Ribadeau-Dumas (de Paris).

THÈSES RÉCOMPENSÉES POUR L'ANNÉE 1906. — *Médailles d'argent.* — MM. Blondel, Boidin, Brumpt ,Charpentier, Chevassu, Dusolier, Ertzbischoff, François-Dainville, Halbron, Hallopeau, Lacasse, Lebar, F. Lévy, Mercadé, Paisseau, Paul, Tremolières, Vinceneux.

Médailles de bronze. — MM. Baize, Bauer, Besnier, Bouchet, Bour, Challamel, Daviau, Digne, Dodeuil ; Mme Eliacheff ; MM. H. Français, R. Français ; Mlle Francillon ; MM. Gaudemet, Graux, Guénot, Guillaume-Louis, Pierre Hébert, Lebailly, Le Play, Lequeux, Le Serrec de Kervily, Petit, Touchard, Villaret, Voguet.

Mentions honorables. — MM. Beaudet, Berniolle, Bezançon, Boivin, Calvé, Castagnary, Civatte, Delaunay, Delbarre, Désormeaux, Fillassier, Gasne ; Mme Grandjean-Bayard ; MM. Hechemann, Hocquet, Louste, Pécharmant, Rœderer, Rousseau, Viteman.

PRIX PROPOSÉS POUR 1907. — Parmi les prix à décerner pour 1907, deux comportent des questions posées d'avance ; nous les donnons ci-dessous : — *Prix Corvisart* (médaille de vermeil et 400 fr.). — *De l'étiologie de l'appendicite.* — *Prix Saintour* (3.000 fr.). — *De l'athérome artériel.*

PRIX PROPOSÉ POUR 1908. — *Prix Béhier* (1.800 fr.). — *Des causes de la mort dans la fièvre typhoïde*

L'excuse de la folie passagère. — Au mois de juillet dernier comparaissait, devant la

huitième chambre correctionnelle, un gamin de seize ans, Georges Poirey qui, quelques jours auparavant, avait, dans la rue, arraché des mains d'une jeune fille qui passait sa bourse en or.

Le tribunal, estimant que l'inculpé paraissait ne pas jouir de la plénitude de ses facultés mentales, commettait le docteur Antheaume à l'effet de l'examiner. Le médecin aliéniste remplit sa mission et émit dans son rapport les conclusions que voici :

1° Poirey ne présente actuellement aucun signe de maladie mentale ;

2° Au moment où le vol a été commis, Poirey était en état d'ivresse mais l'intoxication alcoolique s'étant accompagnée, chez lui, de perturbations psychiques capables d'entraîner l'amnésie et l'auto-accusation, on est en droit de qualifier cette ivresse de délirante :

3° Poirey ne peut pas être rendu responsable d'un acte commis, dans un état de véritable folie passagère.

Le tribunal n'a pas voulu ratifier ces conclusions. Dans le jugement qu'il a été appelé à rendre voici en quels termes il motive son refus :

— Attendu qu'il n'est pas possible d'admettre même pour un cas isolé, une pareille théorie, l'ivresse ne pouvant être considérée comme une atténuation ou une excuse des délits qui peuvent se commettre sous son empire ;

Attendu qu'au contraire le législateur qui en comprenait les dangers et qui estimait que l'ivresse est consécutive à un fait volontaire, en a fait un délit spécial lorsqu'elle est constatée sur la voie publique, ce qui est le cas, que les tribunaux sont malheureusement appelés tous les jours à constater et qu'ils ont le devoir de réprimer par une peine indépendante de celles prévues pour des délits connexes ;

Attendu, au surplus, que la mission du médecin commis était bien délimitée par le Tribunal ;

Qu'il était alors inutile pour lui de chercher à démontrer que l'ivresse peut mettre un homme dans un véritable état de folie passagère, ce que personne n'ignore, et qu'en conséquence il ne peut être rendu responsable de ses actes, alors que la loi dit le contraire ;

Attendu que Poirey n'étant âgé que de seize ans, il faut se poser la question de savoir s'il a agi avec ou sans discernement.

Par ces motifs :

Dit qu'il a agi sans discernement.

En dépit de l'excuse de la folie passagère due à l'alcoolisme, que M. le docteur Antheaume plaidait énergiquement dans son rapport, une sanction pénale serait intervenue si le prévenu n'avait pas bénéficié de l'indulgence de la loi à l'égard des jeunes gens de son âge.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

COLLECTION MÉDICALE

Volumes in-16, cartonnés à l'anglaise, à 4 et à 3 francs

DERNIERS VOLUMES PARUS :

Essai sur la puberté chez la femme, par le Dr Marthe FRANCILLON, ancien interne des hôpitaux de Paris ..... 4 fr

La mélancolie, par R. MASSELON, médecin adjoint de l'asile de Clermont (*Couronné par l'Académie de Médecine*) ..... 4 fr.

Les embolies bronchiques tuberculeuses, par le Dr SABOURIN, médecin du sanatorium de Durtol (Puy-de-Dôme), avec figures ..... 4 fr.

Pratique de la chirurgie courante, par le Dr M. CORNET. Préface du prof. OLLIER, avec 111 gravures ..... 4 fr.

Envoi franco, au reçu de la valeur en mandat-poste

TRAVAUX ORIGINAUX

DU TRAITEMENT ACTUEL DES FRACTURES,

par le Dr Auguste Benoit,
Ancien interne des hôpitaux.

(*Suite.*)

Du massage et de la mobilisation des membres fracturés

Sous ce titre, nous n'entendons plus le massage vulgaire, dès longtemps prescrit dans le but de réveiller un membre engourdi par une longue immobilisation. Nous voulons parler de la nécessité, entrevue par quelques vieux auteurs, de provoquer des petits frottements dans les foyers de fracture pour activer le travail plastique. On n'est pas allé plus loin dans cette voie, l'urgence de l'immobilisation sévère apparaissant à tous comme absolue. Quant à l'ancienneté de cette conception sur la formation du cal, outre l'allusion directe qu'on en trouve dans le discours de M. Bowser cité plus haut, elle peut être étayée sur plusieurs témoignages. La première fois que j'entrai dans une salle de chirurgie, je vis Gosselin, alors chirurgien de la Charité (1880), provoquer d'une manière assez prolongée dans les extrémités des os ces petits frottements dont mon ingénuité de débutant s'étonna. Plus tard, le professeur Berger, dont je fus l'interne en 1891, avait déjà coutume, lorsqu'il changeait les appareils plâtrés, de faire la même manœuvre, en indiquant d'ailleurs ce qu'il en attendait. D'autres faits, en pathologie humaine, viennent appuyer cette vue qu'une immobilité absolue n'est pas indispensable au recollement des os. Les fractures de côtes ne se guérissent-elles pas très rapidement, en dépit des mouvements respiratoires incessants? N'en est-il pas de même des fractures traitées par l'extension continue, telles que la fracture de la cuisse à sa partie moyenne? L'immobilité n'est pas davantage assurée. Les observations recueillies chez les animaux nous montrent que les fractures des os longs (humérus) chez les grands singes peuvent se consolider en bonne position sans appui; que, chez le chien, la consolidation se fait également bien, si on laisse l'animal se mouvoir dans un espace réduit. Il n'en est pas de même, si on lui laisse dépasser certaines limites. Une curieuse observation de M. J. Crichton-Browne, citée par M. Bowser, montre que l'animal, guidé par l'instinct, peut prendre de lui-même la position la plus favorable à sa consolidation et l'adopte comme attitude habituelle pendant plusieurs semaines. La présence de fractures anciennes chez le lièvre est un fait connu de tous les chasseurs. Que résulte-t-il de ces faits? Sinon que les animaux sont privilégiés sous ce rapport, puisqu'on ne trou-

verait pas chez eux l'équivalent de ces types de consolidation vicieuse dont la longue théorie, exposée dans nos musées, sert à l'édification de tous et n'a pas été inventée pour les besoins de la cause ? N'y a-t-il pas là quelque chose d'analogue à l'infériorité dont l'homme fait preuve à la naissance, par rapport à quantité d'êtres inférieurs, infériorité qui l'oblige a faire œuvre de ses facultés supérieures pour sauvegarder sa progéniture. Pour mon compte, j'avoue que la consolidation sans déformation, en l'absence de tout appareil, des principales fractures ne me paraît pas du tout assurée, lorsque les fragments sont tiraillés par des muscles puissants, et que l'histoire de l'homme préhistorique, dont on trouva la fracture admirablement consolidée, ne suffit pas à faire disparaître le spectre de la consolidation angulaire, lorsqu'une fracture est confiée à nos soins. J'admets l'irritation plastique que peuvent amener de petits frottements. Mais ces mouvements doivent être si *rares* et si *légers* que le terme de *mobilisation*, en ce qui les concerne, est un terme des plus impropres.

Ce qui est tout spécial dans la nouvelle manière de traiter les fractures, c'est le MASSAGE appliqué méthodiquement à tous ou à la plupart des cas. L'initiateur de cette méthode est M. Lucas-Championnière, qui ne craignit pas de porter la main sur l'arche sainte et de montrer, par une pratique qui remonte à 1880 environ, que le massage amène la guérison plus rapide de beaucoup de fractures. Et s'il vous promet *plus* que la plupart d'entre nous ne peuvent ou ne savent en obtenir, tout ce qu'il y a de bon dans cette innovation lui appartient en propre et ne saurait lui être contesté. L'idée lui vint de chercher à faire bénéficier les fractures des effets merveilleux qu'une expérience déjà ancienne attribuait au *massage dans l'entorse* ; aussi, grâce à une technique spéciale du massage, modifié pour la circonstance, put-il se permettre de réaliser, avec un minimum de contention, des consolidations que l'observation des faits sus-énoncés lui montrait praticables. Cette innovation l'honore grandement. On doit en adopter sans réserve le principe. Il est permis seulement d'en discuter certains détails d'application, à cause de leur importance dans la pratique générale qui se fait, comme on sait, dans des conditions très inégales. On peut suivre les étapes successives qu'a parcourues le promoteur de cette nouvelle méthode, rien qu'en lisant les titres de ses mémoires. Après diverses communications aux Sociétés savantes, qui attestaient ses premiers essais et les succès du traitement ainsi compris, venait un premier mémoire qu'il a bien voulu m'adresser à titre de document. Paru en 1889, il porte pour titre : « *Le massage et la mobilisation dans le traitement des fractures.* » Plusieurs années après, l'auteur consignait tous les détails de sa pratique dans un traité complet dont les lignes principales sont résumées dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, sous le titre : « *Traitement des fractures par la mobilisation et le massage* » (1905) (1). Il y a là une nuance qui ne saurait échapper, indiquant la tendance affirmée par l'auteur d'instituer une méthode générale universelle. Or, ceci est en opposition avec trop de cas particuliers, où il est le premier

(1) *Traité des fractures*, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, Rueff, édit.

à faire les concessions nécessaires. C'est pour cette raison que je préfère le premier titre au second, celui-ci ayant eu de plus l'inconvénient de susciter de violentes contradictions à une méthode qui n'aurait dû faire que des adeptes. Peut-être le zèle de quelque disciples « plus royalistes que le roi » n'y a-t-il pas été étranger. Ajoutons que ce terme de *mobilisation*, pour qui ignore les menus détails de cette nouvelle thérapeutique, évoque l'idée de pratiques plus ou moins violentes et dangereuses sur les fragments mobiles, ce qui est fort loin de la pensée de son auteur. Ce terme paraît avoir été surtout choisi par antithèse avec celui d'*immobilisation* et quoiqu'il soit dit expressément qu'il est bon de soumettre les extrémités fracturées à de petits mouvements, il s'agit fort peu de cela dans la pratique. Le foyer des fractures, au contraire, doit être évité avec soin par la main qui explore et qui masse. Sur ce point, on s'aperçoit que l'auteur se contente des petits mouvements communiqués que provoque dans le foyer des fractures le massage du membre et la mobilisation des jointures voisines. Il s'agit donc, en réalité, d'une méthode de traitement par le *massage et le mouvement*. Le terme de massage lui-même ne doit pas être pris dans le sens ordinaire ; nous allons le voir. Il faut reconnaître cependant qu'il n'en existe pas de mieux approprié à ces manœuvres.

De ce qui précède, il résulte qu'il y a, à l'heure actuelle, deux grands courants parmi les chirurgiens et médecins, les uns se déclarant *pour*, les autres *contre* l'immobilisation. La plupart, il faut le dire, reconnaissent l'utilité des pratiques innovées récemment, mais déclarent qu'elles sont *accessoires* dans le traitement des fractures. Il est inadmissible que ce malentendu persiste et que l'on continue à opposer l'un à l'autre deux moyens de traitement qui sont destinés à se prêter main-forte et ont chacun leurs indications spéciales parfaitement déterminées. Exclusifs parfois l'un de l'autre, ils sont appelés dans l'immense majorité des cas à *agir de concert* pour nous permettre d'aboutir à une guérison meilleure et plus rapide. Si l'on devait placer la question sur ce terrain de controverse fort peu scientifique, il serait facile de montrer que ces deux éléments de la thérapeutique des fractures sont subordonnés à un troisième, la RÉDUCTION, dont ils sont tous deux les auxiliaires. L'acte essentiel du traitement, c'est l'opération de redressement qui doit se pratiquer suivant certaines règles et dont les résultats peuvent être aujourd'hui contrôlés par la vue, même dans les fractures qui paraissent l'exiger le moins. C'est principalement dans les fractures graves qu'il est facile de se rendre compte de son importance, alors que le chirurgien, dont l'habileté entre en jeu, fait disparaître instantanément l'un des effets matériels les plus sensibles et les plus préjudiciables du traumatisme, la DÉFORMATION.

Essentielle, la réduction l'est au point qu'il est nécessaire quelquefois de recourir à une intervention sanglante pour l'accomplir. C'est elle, dont l'absence ou l'impossibilité aboutit à ces désordres graves qui font des malades des estropiés et créent ces membres œdémateux et violacés, à jamais douloureux, dont on voit de trop nombreux exemples. Ces insuccès ne doivent pas être portés au passif de l'immobilisation. En effet, là où la réduction fut laborieuse ou incomplète, non seulement le massage le plus perfectionné ne saurait redonner la vitalité à des

tissus infiltrés et comprimés par les os déviés, mais il a pu, employé systématiquement avec une maladroite confiance dans des faits dont je connais des exemples, empêcher de faire en temps utile des réductions devenues impossibles fort peu de temps après ! Tous ceux qui veulent se donner la peine d'étudier à fond ces questions n'auront pas besoin d'attendre que l'expérience ait éclairé leur religion, pour éviter les désastres. Un choix judicieux du traitement applicable à chaque cas, tel est l'idéal que chacun doit poursuivre.

Technique du traitement par le massage et le mouvement. — Nous ne pouvons mieux faire ici que d'exposer le plus fidèlement possible la technique de M. Lucas-Championnière, dont l'expérience en la matière est considérable. L'*exploration*, le *massage* proprement dit et la *mise en mouvement* doivent se succéder dans cet ordre.

Pour bien explorer le membre, sans causer de douleur au patient, s'abstenir de toute manœuvre prolongée du signe de la crépitation, en recherchant de préférence les autres signes de fracture. Le diagnostic fait, l'*exploration* a pour but de chercher quels sont les mouvements que l'on peut imprimer au membre sans ébranlement douloureux ; quelles sont les jointures que l'on peut mobiliser dans le voisinage et dans quelle mesure, enfin quelles sont les régions qui peuvent supporter les pressions sans douleurs. Pendant cette recherche, *maintenir* avec la main le foyer de fracture. On peut aussi l'appuyer sur un plan résistant, tel qu'un coussin de sable. Le foyer de fracture ayant été bien reconnu, il importe beaucoup de lui épargner tout contact pendant le massage qui va suivre. C'est pour avoir méconnu ce simple détail que l'on a vu des douleurs persistantes et des retards dans la consolidation du cal. Et ceci se comprend fort bien, car un foyer de fracture ne saurait supporter les pressions que subira assez bien une entorse. Or, c'est là la faute la plus communément commise (Lucas-Championnière).

On s'ingénie ensuite à trouver un point d'appui commode, coussins durs pour les jambes, tables, genou pour le poignet et le pied, et l'on commence une série d'effleurages, qui seront extrêmement *légers* si le malade manifeste beaucoup de sensibilité. Ces pressions doivent être faites toujours en remontant, suivant le cours du sang veineux. Elles sont faites tantôt avec un ou les deux pouces, remontant alternativement, tantôt avec les quatre doigts réunis, qui glissent sur les tendons et les muscles, en exerçant des pressions qui pourront devenir assez fortes vers la fin de la séance, sans causer aucune douleur. Il se produit, en effet, une véritable anesthésie locale, au bout d'un temps variable. « Le sens des pressions, leur régularité, leur monotonie sont des facteurs très importants de leur action anesthésiante » (Lucas-Championnière). Parfois, quelques pressions circulaires prolongées, en employant la paume de la main, viendront chasser l'épanchement que les pressions auront mobilisé. De longues frictions longitudinales refouleront finalement vers la racine du membre tous les produits destinés à être restitués à la circulation. Ces manœuvres excluent le pétrissage, toujours trop brutal et toutes les autres passes compliquées, en usage chez les masseurs pro-

cas-Championnière conseille pour ce massage de se servir line ou des corps gras absorbables sans danger convien- plus la peau sera lisse, moins il y aura d'à-coups et, coriations causées par les frottements. Ces précautions indispensables par l'auteur de la méthode, qui désire si uvements réels dans le foyer de fracture, contrairement à croire, qu'il recommande de ne rien négliger « pour branlement des fragments ». Il est tout naturel que l'on gagne ir de main spécial et que certaines personnes soient mieux douées us ce rapport.

nsuite les *mouvements* que l'on fait subir au membre fracturé et voisines? On doit chercher plutôt « la multiplicité que l'amplitude », jusqu'à la douleur, comme pour le massage. C'est une « *esquisse* » es *mouvements élémentaires de la région*. Ce programme se passe de com- res et d'exemples. Les mouvements suivront une proportion croissante, esure que la consolidation avancera, durée totale de 10 à 20 minutes. On rra parfois prolonger la séance utilement. Lorsqu'on a pleine liberté de masser, le membre n'étant pas immobilisé, ou ne l'étant que d'une manière « amovible », la séance peut être *quotidienne*. Certains autres blessés devront être massés à jours passés seulement. Il n'existe pas de contre-indication absolue au massage, mais seulement des obstacles matériels incompatibles avec son emploi. Tels sont l'existence d'une plaie étendue des téguments et, ajouterai-je, celle de lésions de la peau chez l'opérateur. Je fus témoin de la transmission de furoncles par des massages, à la suite desquels se produisit chez un malade un vaste abcès furonculeux. Le médecin qui le soignait portait sur la région de la nuque un furoncle négligemment pansé.

Là où l'emploi du massage est impossible, celui de la *mise en mouvement* est une ressource à laquelle on ne manquera pas de recourir. La contre-indication formelle, nous l'avons déjà vu, est fournie par la nécessité d'une immobilisation exclusive pendant les premiers jours. Je transcris ici intégralement la phrase suivante, détachée du mémoire de M. Lucas-Championnière (1889) : « Si, les fragments étant mobiles, il est possible de les immobiliser temporairement et suffisamment, la fracture est encore bonne à masser. Mais si la *mobilité des fragments expose à une déformation importante* et définitive, il y a lieu d'y renoncer. » Cette affirmation est répétée plusieurs fois sous différentes formes au cours de ce travail et des suivants. La rareté prétendue de ces contre-indications offre seule matière à discussion et je pense, avec beaucoup d'autres, qu'il est de nombreux cas où le massage est tout à fait impossible les premiers jours, mais pourra rendre, sitôt la réduction bien acquise par l'immobilité temporaire, des services qui sont encore fort appréciables, pour aboutir en fin de compte au même résultat que si on l'avait employé dès le début. Il faut savoir aussi que le massage doit être appliqué avec *mesure* chez les *enfants* ; car son action sur la formation du cal se fait trop vivement sentir, et on aboutirait vite à des cals exubérants. Les gens *âgés* le supportent également mal et il est mieux

d'employer chez eux le *mouvement* plutôt que le massage (Lucas-Championnière).

Les AVANTAGES de la méthode sont démontrables *a priori* par des expériences sur les animaux. M. Gourewitch, de Saint-Pétersbourg, opérant sur des rats, provoquait des fractures symétriques des avant-bras et soumettait l'une d'elles à l'immobilisation, tandis que l'autre était traitée par le massage. La dernière se trouvait toujours plus solidement et plus rapidement consolidée que la fracture homologue ; de plus l'atrophie musculaire était évitée. On peut donc énoncer immédiatement le principal avantage qui appartient à ce procédé : il RACCOURCIT NOTABLEMENT LA DURÉE DE L'IMMOBILISATION. En conseillant son emploi, M. J. Lucas-Championnière a introduit dans le traitement des fractures un élément actif qui lui faisait défaut : immobiliser moins, masser davantage et plus tôt, tel est le perfectionnement dont la chirurgie des fractures lui sera redevable.

L'action bienfaisante du massage dans les fractures est assez semblable à celle qui fut relevée antérieurement dans le traitement de l'entorse et se résume ainsi : *effet anesthésique*, *effet mécanique*, les pressions favorisant la résorption des épanchements de lymphe et de sang. Il s'ensuit que les gonflements disparaissent beaucoup plus rapidement et que l'on voit le membre maigrir. Enfin, il y a *accélération* de la formation *du cal*, effet qui fut pressenti, comme je l'ai rappelé, par d'assez nombreux chirurgiens.

Pour faire une contre-partie à d'aussi évidents avantages, peu d'INCONVÉNIENTS sont à citer du fait du massage lui-même. J'ai déjà cité le fait rare de contagion possible par les frottements répétés, exercés sur un membre, à la faveur des excoriations qui peuvent s'y trouver, après un violent traumatisme, ou celles que l'on peut créer à la surface d'une peau fine. Il suffira d'un peu d'attention pour les éviter. On a signalé tout récemment à la Société de chirurgie la fréquence des *exostoses* sur les membres qui furent longtemps massés. Comme il ne peut s'agir que des fragments de périoste arrachés au foyer par des manœuvres violentes et inopportunes, je crois qu'on n'aura pas à les constater, si l'on agit, non pas sur le foyer, mais autour de lui, ainsi que l'enseigne l'auteur de la méthode. Une objection beaucoup plus sérieuse que l'on peut élever en pratique contre la généralisation du massage, consiste dans la difficulté pour le médecin des villes et des campagnes, dont le temps est parfois compté, de donner à ce genre de traitement toute la surveillance nécessaire ; c'est un des principaux arguments qui feront persévérer la majorité d'entre eux dans l'emploi des appareils amovibles, qui conservent, tout au moins, la rectitude du membre lorsque nous ne pouvons assurer au massage, faute d'une suppléance éclairée, toute la régularité désirable. Enfin il arrive que le massage, généralement bien supporté par tous les sujets, ne puisse être toléré par certains. J'ai vu son effet anesthésique manquer totalement dans l'entorse, chez certains nerveux, bien qu'il eût été fort doucement présenté. Les derniers contacts éveillent dans ce cas la même douleur que les premiers. Je considère que, lorsqu'il en est ainsi, on ferait plus de mal que de bien et qu'il y a lieu d'y renoncer.

(*A suivre.*)

FRACTURES A TRAITER PAR LA RÉDUCTION ET L'IMMOBILISATION ASSOCIÉE AU MASSAGE.

Ce groupe renferme la majorité des fractures que nous rencontrons dans la pratique. Ce sont les *fractures de la diaphyse* des os longs, les *fractures de deux os couplés*, celles du *poignet* et de la *jambe* à sa partie inférieure, avec déviation du pied très accentuée.

Pour les cas les plus simples, ceux dans lesquels la réduction est facile à obtenir et se maintient facilement, et pour ceux-là seulement, on appliquera la mobilisation et le massage dès le début, *avant* d'enfermer le membre dans un appareil de *contention*. Le choix de cet appareil sera guidé lui-même par plusieurs considérations. Si l'on suppose que l'on puisse faire des séances assez rapprochées de massage, ce qui est le cas lorsque, par le siège même ou la disposition de la fracture, aucune déformation fâcheuse ne peut plus se reproduire, on choisira les moyens les plus simples, des *attelles*, un *scultet* pour la jambe, un *appareil de Nélaton* pour l'avant-bras; une simple *écharpe* pour la clavicule. Un mode de contention véritablement merveilleux pour la commodité est constitué par le FEUTRE PLASTIQUE très employé en Angleterre. Livré en feuilles dans le commerce, on le découpe après l'avoir ramolli dans l'eau chaude et on l'emploie pour modeler à volonté toutes les régions. Très recommandable pour l'*avant-bras* et même la *jambe* et le *genou chez l'enfant*, il permet de confectionner d'excellentes gouttières modelées, fort légères.

Lorsque l'action musculaire se fait sentir sur les extrémités fracturées dans leur sens habituel, variable suivant les régions, on adoptera, de préférence, les *valves plâtrées*, légèrement ouatées à l'intérieur, de façon à pouvoir être écartées pour enlever et remettre le membre. Le *remplacement fréquent* de ces appareils est encore le meilleur moyen de mener à bien la consolidation en bonne position. L'action du massage se faisant bientôt sentir, la durée d'application de ces appareils immobilisateurs sera notablement diminuée et nous pourrons nous éloigner de ces malades sans inquiétude.

Nous avons eu l'occasion de voir, dans ces dernières années, un spécimen de fractures du radius qui demande un soin tout particulier. Je veux parler des *fractures* du radius, ou pour mieux dire, *du poignet* par retour de manivelle. Les lésions compliquées qui succèdent à cet accident, aussi bien qu'à un choc d'une grande violence, ont fait l'objet d'un travail de M. Destot (1). Plusieurs autres, parmi lesquels M. Lucas-Championnière, les ont signalées. Un travail très documenté sur ce sujet, dû à R. de Fursac, est également sur le point de paraître. Le radius est fracturé à son siège habituel, à la partie inférieure, et le fragment inférieur, luxé en arrière, entraîne avec lui un ou plusieurs os du carpe. Dans un cas que j'ai eu à traiter dernièrement, le blessé s'était présenté sitôt après son accident à l'hôpital Beaujon, où une simple écharpe lui fut mise, sans réduction ni massage. Le surlendemain, quand je fus appelé à le voir et à le faire examiner au fluoroscope, on constata une fracture simple du radius, cependant, la réduction totale était

(1) Les fractures du poignet, 1905.

impossible malgré toutes les tractions essayées. Soumise au massage pendant de longues semaines, cette fracture s'est consolidée de la manière la plus défectueuse. Il existe, par suite de la réflexion des tendons de la partie antérieure de l'avant-bras sur la saillie du fragment supérieur, une contracture permanente avec griffe; de l'hyperhydrose et quelques troubles nerveux que j'avais observés au début se sont simplement atténués. Le malade n'a que peu de force pour saisir les objets. Je présume qu'une intervention ultérieure sera nécessaire pour améliorer le sort de ce blessé. Pareil accident serait, paraît-il, déjà plus rare. Effrayés de la fréquence des accidents de cette origine, accidents qui engageaient leur responsabilité, les constructeurs d'automobiles se sont ingéniés à améliorer la mise en mouvement de leurs moteurs et déjà les résultats se feraient sentir. Il n'en est pas moins vrai que toute violence directe pouvant amener une fracture de cette espèce, avec déformation en dos de fourchette, il faudra avant tout réduire, avec le plus grand soin, et réduire *sans aucun délai, le membre étant en demi-flexion.* Renonçant au massage, lorsqu'on aura été assez heureux pour redresser le membre immédiatement, on attendra quelques jours avant de le libérer pour masser. On admet, en effet, que quelques jours suffisent pour que les moyens d'union soient assurés et on ne pourrait d'ailleurs guère compter sur les bons effets d'une première et unique séance d'effleurages, tout ce que peuvent supporter ces blessés. Lorsque la réduction offre de la résistance, ne pas hésiter à anesthésier et, si nous écoutons le conseil que M. Segond exprima également à ce propos à la Société de chirurgie, quand on n'y parvient pas, il faut intervenir chirurgicalement pour repousser ou supprimer les saillies osseuses qui s'opposent au rétablissement intégral du plan antérieur de l'avant-bras, sur lequel glissent les tendons moteurs des doigts; dans les cas de ce genre, massage et mobilisation passent au second plan.

Immobilisation en extension.

Il n'y a pas lieu de modifier en quoi que ce soit l'habitude que nous avons de traiter certaines fractures par l'*extension continue*. Telles sont les fractures de la *colonne vertébrale*, celles de l'*humérus*, du *corps du fémur*. Malgré l'imperfection de la *contre-extension* dans l'appareil d'Hennequin, les résultats donnés par ce mode d'extension en demi-flexion sont considérés par tous comme suffisants. On y joindra une bonne *compression du membre*, remontant plus haut qu'il n'est indiqué dans l'appareil d'Hennequin, et on disposera celle-ci de manière à pouvoir masser, plusieurs fois par semaine, les parties molles tout autour du foyer, en surveillant de très près les déviations d'axe et le raccourcissement dont ces malades sont particulièrement menacés. Rien n'empêche, d'ailleurs, d'établir une contre-extension pendant les premiers jours, avec un simple drap replié passant à la racine de la cuisse et se fixant en dehors à la tête du lit. D'autres préfèrent placer le membre sur un double plan incliné, de manière à ce que le poids du membre lui-même attire et maintienne le fragment supérieur en haut. Ajoutons que l'extension peut se faire également par une vis placée dans un étrier, que l'on eserre plus ou moins, la mode américaine. A la campagne, si l'on ne peut

organiser un appareil d'Hennequin, on possède, en ayant des attelles, des coussins et des bandes, tout ce qu'il faut pour immobiliser une fracture de cuisse en extension dans de bonnes conditions.

Fractures a traiter par l'immobilisation exclusive prolongée.

Nous arrivons à la catégorie de fractures à grands déplacements dont il a été question à l'une des dernières séances de la Société de Chirurgie. *Les fractures bimalléolaires* (Dupuytren) sont, dans leurs formes les plus graves, celles qu'on ne saurait traiter autrement que par la réduction avec ou sans anesthésie suivie de la confection d'un appareil plâtré, disposé en gouttière postérieure et en étrier. Le meilleur moyen de corriger la difformité qui les aggrave est de placer tout d'abord le membre en demi-flexion, dans les mains d'un aide, puis on attire le pied solidement saisi, suivant la manière ordinaire, en rectitude, de façon à lui faire accomplir en dedans la *rotation* inverse de celle qu'il a effectuée en dehors pour se déplacer. On doit songer aussi à corriger la *chute du talon* en arrière, qui influerait considérablement sur la marche. On s'accorde à penser que l'anesthésie sera *souvent* nécessaire, mais non toujours et, au cours de la dernière discussion, les chirurgiens les plus mobilisateurs ont exprimé l'avis qu'il faut infliger le port des appareils exactement contentifs *une ou deux semaines de plus* qu'on ne le faisait jusqu'à ce jour. Cet excès de précaution est conseillé pour éviter des *déviations secondaires*, qui pourraient bien n'être que des déviations primitives non réduites, ou qui se sont reproduites dans des appareils mal surveillés, comme le pense mon ancien maître P. Berger.

L'immobilisation étroite par un appareil modelé, jointe à l'extension continue, doit être également conservée comme traitement de choix pour les fractures de l'*humérus avec chevauchement*.

Je pense, pour en avoir vu deux exemples personnels, que, parmi les fractures juxta-articulaires, quelques *fractures de l'olécrâne* doivent être traitées par l'immobilisation sous un plâtre. J'ai agi ainsi dans deux cas où le fragment supérieur se laissait bien ramener au contact du fragment inférieur, qu'il abandonnait, sitôt qu'il n'était plus maintenu. Pendant la mise en place de la gouttière postérieure dont je fis choix, je ménageai au-dessus du fragment séparé et mobile une petite dépression qui le maintint en place jusqu'à complet durcissement de l'appareil. Et j'eus, dix à douze jours plus tard, une consolidation *sans écartement* appréciable, ce qui ne fût certainement pas arrivé si je m'étais contenté de mobiliser et de masser. J'agirais donc de même chez des sujets jeunes, aux membres souples, comme ceux auxquels j'ai eu affaire, et ne changerais ma ligne de conduite que chez ceux qui sont menacés d'ankylose.

Pour les fractures à grand déplacement, où la recherche de la continuité osseuse prime toute autre considération, nous renoncerons donc à ce traitement que M. Lucas-Championnière nomme traitement de transaction. Mais j'indique la possibilité de hâter la guérison chez des malades porteurs de l'appareil d'immobilisation le plus sévère, dans les fractures de jambe, en leur faisant porter des

appareils de marche. Ceux-ci consistent en un étrier métallique, dont les branches montantes sont fixées sur un premier appareil plâtré ordinaire, au moyen de plusieurs circulaires ou bandes plâtrées à plusieurs épaisseurs. La plante du pied demeure éloignée de plusieurs centimètres de la partie horizontale inférieure de l'appareil, qui porte un bout quadrillé, destiné à éviter le glissement. Peut-être aussi (l'appareil précédent exigeant l'élévation de la semelle du côté sain), agirait-on plus simplement en faisant marcher les malades sur le membre sain avec des béquilles, longtemps avant le terme de la consolidation. Les essais qui ont été faits jusqu'à ce jour sont tout à fait concluants. Mais il ne faut pas oublier que certains malades indociles et imprudents gagneront davantage à être maintenus en position horizontale tout le temps nécessaire.

Traitement par la suture.

Je me suis étendu assez longuement sur les accidents dus à l'écartement des fragments pour n'avoir que peu de mots à dire à ce sujet. En France, la suture est une intervention exceptionnelle réservée aux fractures terminées par pseudarthrose, à celles dont les fragments ont perdu tout rapport entre eux, ou se sont considérablement écartés. Pour la *rotule*, beaucoup d'interventionnistes, dans les débuts, se contentent maintenant de masser, poursuivant ainsi un bon fonctionnement précoce. Je me range plutôt de l'avis de ceux qui *suturent* immédiatement ou pratiquent l'*encerclage* de cet os quand il est divisé en plusieurs fragments. Cette manière de faire me semble devoir permettre de masser mieux, plus complètement et plus tôt, puisque les os sont maintenus fixés. Au surplus, il y a des déplacements du fragment inférieur avec tendance à basculer en avant qui le rendent nécessaire.

Les fragments de certaines fractures de la *clavicule* prennent parfois une position si dangereuse qu'on est obligé de suturer pour éviter des douleurs persistantes au blessé. Les résultats sont, d'ailleurs, excellents.

La plupart des *pseudarthroses* sont occasionnées, on le sait, par des interpositions fibreuses ou musculaires. Le dégagement des os, ainsi séparés, donne lieu à des opérations extrêmement laborieuses. Après avoir disséqué complètement le cal fibreux et avivé les fragments, on ne parviendra souvent à les rapprocher qu'après avoir supprimé, à la pince coupante, les parties qui font obstacle à la réduction. Le périoste doit être ménagé autant qu'on le peut, et, lorsqu'on aura suturé les os, ce qui n'est pas toujours nécessaire, on le rabattra sur les fils permanents que l'on aura placés si l'on n'a préféré l'*enchevillement* temporaire par l'un des procédes cités plus haut. Il n'y a pas d'inconvénient, au contraire, à masser par la suite, des fractures ainsi traitées.

Lorsqu'on aura acquis l'expérience de ces divers genres de traitement et d'intervention, bien rares seront les malades que l'on devra abandonner à eux-mêmes, avec des membres flasques, peu ou pas consolidés. Tels sont les diabétiques, albuminuriques et cardiopathes souvent atteints par les contre-indications opératoires générales. Ces malades trouveront une dernière et utile ressource dans application des *appareils prothétiques.*

La *suture* consiste à mettre à nu les extrémités osseuses séparées ou non consolidées et, après les avoir affrontées et avivées, à les fixer au moyen de fils ou de moyens de contention assez variés. On a tout d'abord employé les fils résorbables et j'ai vu P. Berger pratiquer quantité de sutures avec du gros catgut. Le fil d'argent et autres fils métalliques furent ensuite usités et se trouvent encore employés par beaucoup de chirurgiens. Leur passage à travers les os se fait assez simplement à l'aide de perforateurs à main qui leur préparent un lit à travers l'épaisseur des os. Ces fils métalliques passaient pour s'enkyster ; or, les radiographies de beaucoup de fractures de la rotule, faciles à observer parce que superficielles, ont permis de voir qu'ils ne tardent pas à s'émietter et finissent même par disparaître entièrement. Une fois leur rôle de soutien terminé, ceci paraît plutôt avantageux. Néanmoins on a cherché à réaliser des enchevillements plus solides avec des clous de diverses substances qui ont tous l'inconvénient de constituer des corps étrangers à demeure. Dans ces dernières années, on a construit des plaques munies de griffes, sous le nom d'agrafes, dont un modèle assez pratique est réalisé par l'*agrafe de Jacoël*. Pour éviter le séjour de ces corps au sein des tissus, on peut employer une série de pointes d'acier rangées à une certaine distance les unes des autres sur une plaque support, telles les dents d'un peigne. Ces appareils à suture sont *temporaires* et s'enlèvent lorsque la réunion des fragments s'est opérée. Il en existe un modèle permettant de panser la plaie à travers les jours de l'appareil. Lorsque l'ostéite raréfiante est venue mettre en branle la pièce métallique qui avait été solidement fixée au marteau, son enlèvement est chose facile et les empreintes qu'elle laisse s'effacent en très peu de temps. Souvent ces sortes d'interventions se font sous le contrôle de la radiographie, qui montre bien leur disposition, notamment dans les fractures du corps du tibia. Elles paraissent convenir uniquement à des cas de *pseudarthrose* avec maintien difficile des fragments. Dans ces circonstances, on comprend qu'elles soient appelées parfois à rendre d'importants services.

II

Des fractures a traiter par le massage et la compression

Tout d'abord les fractures dans lesquelles il n'y a pas de réduction véritable à faire, soit que les fragments aient peu de tendance au déplacement, soit qu'ils s'engrènent l'un dans l'autre et qu'on ait de sérieuses raisons de respecter cette disposition : *fractures para-articulaire*, *fractures du col du femur* chez les vieillards, *fractures du péroné simple*, *fractures de la clavicule* sans déplacement, et plus rarement *fractures de la rotule*, lorsque les fragments n'ont pas de tendance à se quitter. Telles sont aussi les *fractures du plateau tibial*, *fractures des condyles*, qui rentrent dans la classe des fractures para-articulaires, les *fractures de l'omoplate*, etc... M. Lucas Championnière range dans cette classe les *fractures de l'humérus* à la partie moyenne, certaines *fractures de jambe* sans déplacement et quelques fractures des deux os de *l'avant-bras* sans tendance au déplacement. Dans tous ces cas, il place le membre dans des gouttières, comme unique moyen de contention. Je répèterai donc ici que l'on ne doit agir de la même façon que

lorsqu'on pourra surveiller soi-même les malades très étroitement, si l'on veut éviter des mécomptes. Ce n'est qu'à bon escient qu'on traitera ces dernières fractures par le massage, le mouvement et la compression ouatée, sur laquelle on peut d'ailleurs aussi bien compter que sur une gouttière pour éviter au membre les secousses douloureuses.

Une classe importante de fractures bénéficiera assez souvent de la méthode, *à la condition que la déformation ait pu être réduite*, celle des fractures *de l'extrémité inférieure du radius*. Dans la fracture de Colles *type*, voici la pratique de M. L. Championnière : « Très petite déformation, aucune réduction n'est utile, aucune même n'est efficace. Un peu de ouate et une bande roulée. — Déformation médiocre avec enfoncement. La réduction est peu efficace et inutile après le cinquième jour. Maintien avec une ou deux attelles et massage quotidien. — Grande déformation. Ici, la réduction complète est facile et *doit être immédiate*. Il n'y a pas, d'ordinaire, grand enfoncement des fragments, mais transport de la main en arrière. Deux attelles avec de la ouate suffisent à faire un bon appareil. Le massage est fait, le poignet placé dans la main gauche du chirurgien. Dès le huitième jour, il n'y plus tendance à la déformation. »

Je désire soustraire de cette catégorie, les fractures du radius par cause directe, (coup de bâton, retour de manivelle), qui se compliquent de déplacements tels qu'elles rentrent de droit dans la catégorie suivante.

Faut-il abandonner le membre à lui-même après la séance? Doit-on exercer, à la suite des manipulations, une *compression* de la région soumise au massage? M. L. Championnière ne voit pas la nécessité d'user de la compression, se fondant sur la crainte d'entraver la circulation du membre activée par la nécessité de la réparation de la brèche osseuse et celle de l'élimination des déchets mobilisés par les pressions. Aussi se borne-t-il dans les cas simples, une fois le massage terminé, à placer une bande roulée qui maintient faiblement le membre.

A ces vues théoriques, on peut en opposer d'autres, basées aussi sur le raisonnement. C'est précisément dans les cas simples que la *compression*, suivant immédiatement une séance de massage est appelée à rendre le plus de services. En effet, on n'est pas gêné par l'obligation de replacer le membre dans un appareil rigide modelé, qui empêche l'interposition d'une couche de ouate suffisante pour bien comprimer. Rien n'est plus indiqué que de continuer « l'expression » méthodique du membre, réalisée extemporanément par le massage, de manière à prolonger cette action, sans perdre en partie le bénéfice acquis, par suite de l'accumulation immédiate de nouveaux dépôts sanguins et lymphatiques. S'il est vrai que les manœuvres décrites plus haut activent la circulation du sang dans le membre traumatisé, on peut penser qu'il se fait dans les espaces cellulaires élargis et vidés, *comme un nouvel appel aux épanchements*, et que le liquide déjà poussé par la *vis à tergo*, s'y accumule de nouveau. Il est donc recommandable de recourir à la *véritable compression* au moyen d'une épaisse couche de ouate *bien également répartie*, chaque fois que faire se peut. De la sorte, la décongestion des parties se maintient sous l'action de ce nouveau *massage continu*. Il serait

d'ailleurs singulier qu'ici l'on refusât à la compression l'action bienfaisante qu'on s'est plu à lui reconnaître ailleurs depuis près d'un siècle. Loin de gêner la circulation, si nous écoutons les avis les plus autorisés, elle passe pour la régulariser, en évitant par son égale répartition un afflux sanguin excessif au sein des foyers inflammatoires. Enfin, plus et mieux que le massage, on comprend qu'elle puisse vaincre par la fatigue la révolte musculaire et faire cesser les contractures. Je ne crains pas d'évoquer ici l'observation de Broca plusieurs fois citée ; dans un cas de fracture du fémur avec gros chevauchement, ce chirurgien se contenta de faire de la compression ouatée progressive sur la cuisse. Il constata avec surprise, parvenu au terme de plusieurs semaines, que, par ce seul moyen, le raccourcissement initial, qui était de 7 centimètres, s'était réduit à 2 centimètres et demi. Quant au reproche d'entraver les fonctions de la peau, on ne saurait en avoir cure en l'espèce, alors qu'on ne s'en préoccupe pas lorsqu'il s'agit de traiter par exemple une hydarthrose par la compression ouatée de tout le membre. Je conclus donc à l'emploi fréquent de la compression, à titre d'adjuvant direct du massage et l'on utilisera surtout son effet pendant les premiers jours qui suivent l'accident.

Des contractions volontaires. — Nous en aurons fini avec l'énumération des manœuvres actives dont nous disposons pour raccourcir les délais de guérison des fractures, lorsque nous aurons signalé une forme spéciale d'exercice recommandée par Kocher (de Berne) pour certaines fractures à traiter par l'extension, telles que les fractures du fémur et de l'humérus et qui parait pouvoir s'appliquer à bien d'autres fractures. Pensant que les mouvements passifs et le massage sont inférieurs au *mouvement volontaire*, en ce que ce dernier met en œuvre tous les facteurs de l'activité naturelle de l'appareil moteur, muscle, nerf, centre nerveux, cet auteur provoque de simples *contractions volontaires* dans les muscles intéressés, sans retirer le membre de l'appareil contentif. Ce moyen est surtout dirigé contre l'atrophie musculaire, entretenant la fonction dans la mesure du possible et on y pensera d'autant plus, qu'on aura dû renoncer au massage immédiat pour l'une des raisons qui nous sont maintenant connues.

Des opérations sanglantes dans le traitement des fractures. — Il est rare dans nos pays de voir intervenir pour les fractures simples. La règle de conduite qui consiste à réduire au mieux les extrémités osseuses saillantes au dehors et à désinfecter avec le dernier soin les foyers supposés contaminés, au besoin en les élargissant, est devenue aujourd'hui de pratique courante. Mais on peut avoir à opérer la *réduction sanglante* de certaines fractures simples, dans le but d'éviter de trop sérieux inconvénients au blessé. Cette indication est rare sans doute, mais cette manière de faire a donné des succès probants. Je me contenterai de citer le cas de P. Berger qui mit à découvert le foyer dans une fracture du fémur non consolidée et affronta les deux fragments qui chevauchaient. La guérison fut obtenue sans raccourcissement. Peut-être y aurait-il lieu d'agir de même

dans certaines fractures dites par pénétration, quoiqu'il soit dit et écrit partout que ces fractures doivent être respectées. De toutes les suites de fracture le raccourcissement est sans contredit l'une des plus déplorables. Au membre supérieur, la difformité est peu sensible. Au membre inférieur elle a pour conséquence la *claudication* avec ses conséquences morales si connues et le discrédit qui rejaillit sur le chirurgien. Qui oserait soutenir que la boiterie n'est pas le dommage auquel chacun est le plus sensible ? On cherchera donc par tous les moyens à la prévenir, bien loin d'en prendre son parti sous prétexte qu'un membre raccourci est susceptible de fonctionner assez bien et qu'on en voit tous les jours des exemples.

COMPTE RENDU

DES

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 13 février 1907.

Présidence de M. Patein.

M. Peyrot présente une série de préparations tirées de la pharmacopée chinoise. Il y a lieu de retenir un procédé de conservation des pilules, qui sont enfermées dans une enveloppe de cire blanche et se conservent fort bien de cette façon.

M. Chevalier donne lecture d'un travail concernant la *digitaline soluble de Cloëtta* (*digalène*). Dans une note publiée, il y a quelque temps, Cloëtta indique le procédé de fabrication de son produit et en donne le poids moléculaire, qui est exactement la moitié de celui de la digitaline cristallisée : il résulte de ce fait que, pour effectuer la cristallisation, deux molécules de digalène se soudent. Les procédés spéciaux d'extraction de la digalène paraissent meilleurs que ceux qui sont utilisés pour obtenir la digitaline cristallisée.

Il semble actuellement que les principes actifs existent toujours dans les plantes à l'état colloïdal, et qu'en faisant cristalliser ces principes on modifie leur action thérapeutique. La digalène est beaucoup plus toxique et aussi beaucoup plus active que la digitaline cristallisée. Le même fait s'observe pour d'autres produits.

La dessiccation des plantes, les manœuvres chimiques modifient le principe actif, et l'on obtient ainsi des produits cristallisés de poids moléculaire plus élevé que le produit amorphe.

M. Bardet fait remarquer qu'on est aujourd'hui un peu revenu des idées soutenues jadis par Germain Sée; cet auteur défendit avec ardeur l'emploi des principes cristallisés et recommanda d'abandonner l'emploi des plantes médicinales. Or, on trouve dans ces plantes des corps très actifs, incristallisables, d'état moléculaire différent du produit cristallisé et d'activité au moins égale. L'atropine sirupeuse est même plus active que l'atropine cristallisée.

Il n'est donc pas nécessaire de ne se servir que de produits cristallisés : les phénomènes chimiques provoqués dans la substance vivante, quand on cherche à extraire un produit cristallisable, démolissent la molécule complexe du principe actif.

Il faut renoncer à cette idée qu'un principe actif n'est nécessairement défini que s'il est cristallisable. Le titrage physiologique est beaucoup plus important que la forme du médicament.

M. Patein croit que, si le poids moléculaire de la digalène est différent de celui de la digitaline cristallisée, il faut en conclure seulement que ce sont deux corps différents.

M. Richaud estime que la cristallisation seule nous garantit la pureté d'un produit : il ne faut pas encourager l'emploi des substances amorphes; leur activité peut dépendre de la présence d'un principe beaucoup plus actif que celui extrait par cristallisation, et elles sembleront plus actives. Comme cette addition peut varier en quantité, l'effet du produit amorphe peut varier en intensité.

En outre, le réactif animal est très variable; on ne saurait, en l'utilisant, établir des constantes.

M. Chevalier fait remarquer qu'on ne se base pas sur une seule expérience en étudiant sur un animal les effets physiologiques d'un produit.

M. Chassevant a eu l'occasion de reconnaître que les produits cristallisés peuvent présenter une toxicité variant du simple au quadruple, alors que chimiquement on trouve entre les cristaux examinés de minimes différences.

M. Peyrot rappelle qu'actuellement on fait bien mieux les extraits qu'autrefois : il ne sera donc plus nécessaire, bientôt, de n'utiliser que les produits cristallisés pour être sûr de l'effet physiologique à obtenir.

M. Richaud croit qu'on ne doit pas, actuellement, abandonner cette règle : si on se trouve en présence de deux médicaments, l'un amorphe, l'autre cristallisé, c'est à ce dernier qu'il faut donner la préférence.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Traitement des anémies, par le Dr SITTMANN (*Deutsche med. Wochenschrift*, 27 déc. 1906). — On sait aujourd'hui que le fer est résorbé par l'intestin, quelle que soit la préparation prescrite : l'auteur estime en conséquence que la pharmacopée a été inutilement surchargée de combinaisons à base de fer, ne présentant aucun avantage sur l'antique pilule de Blaud (3 pilules trois fois par jour). Cette dose paraît un peu forte ; quand il s'agit de la médication martiale, mieux vaut trop que pas assez. En cas de troubles dyspeptiques, il faut supprimer les pilules pendant quelques jours. On les administrera après un repas substantiel.

Quand on cherche à influencer les organes hémopoïétiques, c'est à l'arsenic qu'il faut s'adresser. En dehors des préparations classiques, il y a lieu d'attirer, en cas de chloroses graves, l'attention sur les injections sous-cutanées d'arséniate ou de cacodylate de soude.

Les leucémies sont actuellement tratées par les rayons de Rœntgen, qui détruisent les foyers de production leucocytaire : les résultats sont malheureusement passagers et le traitement demande à être exactement surveillé.

L'auteur recommande le séjour au lit pour tous les cas d'anémie nécessitant l'intervention médicale ; une occupation, même peu fatigante, suffit pour épuiser les malades et retarder leur guérison. Il faut favoriser la reconstitution organique et ramener les dépenses à un minimum. On ne permettra aux malades de se lever pendant quelques heures que lorsque le taux de l'hémoglobine sera monté à 56-70 0/0. Ce n'est qu'à ce moment que l'on autorisera le séjour dans une station thermale ou d'altitude.

Comme alimentation, le régime mixte, avec prédominance de fruits et légumes, est à recommander. On donnera 5 repas par jour ; la quantité de lait ne dépassera pas un litre. L'alcool, le thé et le café sont à éviter en général.

En cas de constipation, on commencera par exonérer l'intestin, puis on cherchera à obtenir des selles régulières par une alimentation appropriée.

L'hydrothérapie, trop excitante, est réservée à la convalescence : on ne se servira jamais d'eau froide : le massage n'est utile que chez les anémiques présentant une tendance à l'obésité.

En général, on doit se garder de traiter trop activement les anémiques.

E. VOGT.

Anémie pernicieuse progressive, guérie par les injections intra-veineuses de sublimé, par E. FARRONI (*Giorn. med. del r. esercito*, 31 décembre 1906). — L'auteur relate un cas d'anémie pernicieuse dûment caractérisée par les symptômes cliniques et les modifications du sang, cas dans lequel, après insuccès de tous les autres traitements, une guérison rapide fut obtenue grâce aux injections intra-veineuses de sublimé à la dose d'un centigramme par injection. En tout cinq injections quotidiennes furent pratiquées. Sous leur influence, on vit disparaître la fièvre, s'améliorer rapidement l'état général, ainsi que la crase sanguine, et diminuer le volume du foie et de la rate hypertrophiques.

La pathogénie de cette anémie pernicieuse était obscure, et c'est en supposant la nature infectieuse de la maladie que le professeur Baccelli se décida à appliquer ici son procédé héroïque de traitement des infections graves par le sublimé en injections intra-veineuses.

V. DE HOLSTEIN.

Succès remarquable de l'adrénaline dans un cas d'ostéomalacie, par L.-M. Bossi (*Policlinico*, 1907, fasc. 1). — Une femme, âgée de 38 ans et se trouvant au huitième mois de sa huitième grossesse, est admise, pour ostéomalacie, à la clinique obstétricale et gynécologique du professeur Bossi, à Gênes. Les os du bassin, les clavicules, les côtes sont ramollis et douloureux au toucher et le pubis est déjà déformé en bec de canard. Depuis quelques mois, la malade, incapable de marcher, garde constamment le lit. Malgré une alimentation reconstituante et l'usage de médicaments toniques, son état ne fait qu'empirer.

C'est alors que, tenant compte des propriétés vaso-constrictives de l'adrénaline (susceptible par conséquent d'influencer la circulation utéro-ovarienne), des résultats favorables que Stoeltzner dit avoir obtenus de l'opothérapie surrénale chez les rachitiques et, enfin, du fait que l'extirpation des capsules surrénales provoque, chez les animaux, des altérations manifestes des ovaires — l'auteur eut l'idée d'expérimenter, dans ce cas, l'effet des injections sous-cutanées d'adrénaline. Il fit donc à la malade, chaque jour, une injection hypodermique de cette substance. La dose était, dit l'auteur, « d'un demi-centigr. d'adrénaline de la solution à 1 p. 1000 » ce qui devrait signifier, probablement, un demi-centimètre cube de solution d'adrénaline pure par injection. Dès la première injection, les douleurs et l'insomnie s'amendèrent, effet qui s'accentua après chaque nouvelle injection. A la suite de la septième, qui fut la dernière, la marche redevint possible. A ce moment, l'examen du bassin montrait l'absence de toute sensibilité douloureuse des os qui, en plus, revenaient à leur consistance et leur forme normales. Cette femme put accoucher spontanément bien qu'on eût, avant le traitement par l'adrénaline, jugé l'opération césarienne inévitable.

Cette guérison si merveilleusement rapide fait espérer à l'auteur qu'on est, peut-être, sur la voie de la découverte du véritable moyen curatif de l'ostéomalacie et de la cause de cette affection, mais M. Bossi ne se dissimule point qu'une observation encore unique ne saurait être concluante à cet égard.

V. de Holstein.

L'insuffisance surrénale aiguë, (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 nov. 1906 t. LXXVII, art. 24.382, p. 807). — Les capsules surrénales peuvent être lésées par différentes affections : nous citerons notamment la tuberculose, les hémorragies, les inflammations, les tumeurs. Les affections des capsules surrénales sont le plus souvent associées à des lésions péricapsulaires, et en particulier à celles du grand sympathique. On observe alors un ensemble de signes décrit sous le nom de « maladie d'Addison ». Lorsque les lésions, au contraire, sont limitées aux capsules, on a des symptômes morbides qui sont le résultat de « l'insuffisance surrénale ». Elle se présente sous trois formes : lente, aiguë et foudroyante. Les deux dernières sont les plus fréquentes et sont caractérisées, d'après MM. Sergent et Léon Bernard, par un début brusque, qui évoque la pensée d'un empoisonnement, d'une attaque de choléra sec, d'une fièvre typhoïde atypique, d'une péritonite, d'une septicémie d'une appendicite, d'une annexite. Ces accidents peuvent, dans certains cas, être précédés d'une période de fatigue et de lassitude générale. On ne constate pas de mélanodermie. L'asthénie passe inaperçue en raison de la rapidité avec laquelle évolue le mal ; on observe, de plus, les signes suivants: douleurs lombaires, vomissements incoercibles, avec ou sans diarrhée, sueurs visqueuses, refroidissement des extrémités, hypothermie, faiblesse du pouls, hypotension artérielle. La mort subite est la terminaison presque fatale de la maladie. L'affection frappe surtout les sujets de vingt à trente ans.

La thérapeutique est difficile. Si on redoute l'insuffisance surrénale, on prescrira le repos, les soins hygiéniques, les médicaments toniques, les glycérophosphates, la lécithine et surtout l'opothérapie surrénale, qui pourrait produire une amélioration passagère et même la guérison.

Dr P. Sér.

A propos du diabète pancréatique par M. E. Gley (*Soc. Biol.* 12 janv. 1907). — On a proposé plusieurs théories pour expliquer les causes du diabète pancréatique. Aucune d'elles ne permet, d'après M. E. Gley, d'expliquer tous les faits. Les expériences récentes confirment l'idée qu'il avait émise en 1892, d'après laquelle le foie ne peut transformer le glycogène en glucose qu'à la condition de recevoir, du pancréas, une substance de nature encore indéterminée,

L'auteur, par des expériences ultérieures, a reconnu que la suppression du pancréas empêche le foie de fixer le sucre que lui amène la veine-porte. Il a constaté également que le fait d'administrer, aux animaux privés de pancréas, la sécrétion interne de cet organe, restitue au foie le pouvoir de fixer le sucre sous forme de glycogène.

P. Sée.

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,
Médecin des hôpitaux.

Le régime achloruré dans le traitement de la scarlatine et des néphrites aiguës, par Delearde (*Echo médical du Nord*, 20 janvier 1907). — Dans cette leçon clinique l'auteur retrace le traitement des scarlatineux et insiste sur le régime. D'abord antisepsie aussi rigoureuse que possible de la peau, du pharynx et des fosses nasales, alimenter le malade dès le début de sa maladie, en pleine période d'éruption au moyen d'un régime dans lequel le sel sera banni.

Le malade est mis au repos absolu au lit dans une chambre modérément chauffée. On lui donne chaque jour un bain savonneux à 37° pour assurer la propreté de la peau et enlever les squames. Après le bain friction de tout le corps à l'eau de Cologne, si possible. Dans le cas d'angine bénigne, faire trois attouchements journaliers du pharynx avec le collutoire suivant :

Résorcine	2 grammes
Glycérine	30 —

Dans les angines graves avec fausses membranes, l'auteur conseille :

Menthol	10 grammes
Camphre	5 —

Chez les adultes, gargarismes avec la liqueur de Labarraque fraîche à 50 p. 1000 ou à l'eau oxygénée à deux volumes. Le brossage des dents est indispensable quand on le peut. Avant ou après l'attouchement du pharynx, on fera verser dans chaque narine une cuillerée à café de :

Camphre	0,15
Menthol	0,30
Résorcine	2,2
Huile d'olive stérilisée	50 grammes

Le régime alimentaire sera liquide, composé de potages aux pâtes, de crèmes aux œufs tant que la déglutition restera douloureuse. Dès la guérison de l'angine, on commencera l'alimentation solide, viande, poissons, purée de légumes secs ou frais, nouilles, confitures, œufs, graisses, pain, le tout sans sel. On donnera largement des tisanes diurétiques, chiendent, queues de cerise, uva ursi, auxquelles on ajoutera 50 à 100 grammes de sirop des cinq racines par litre; l'eau d'Evian est également bonne en raison de sa très faible teneur en chlorure de sodium.

Les soins de propreté de la peau, de la bouche, du pharynx et des fosses nasales seront prolongés pendant trois semaines au moins.

Le malade peut se lever quelques heures par jour et au vingtième jour prend des bains chauds journaliers jusqu'au trentième jour. On peut au besoin ajouter au bain 25 grammes de lysol.

Dans le traitement de la néphrite aiguë post-scarlatineuse le lait n'est pas indispensable, on peut recourir au régime achloruré et donner des boissons diurétiques. Le régime achloruré suffit à amener la guérison dans les néphrites scarlatineuses récentes.

L. Jumon.

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT,
Ancien interne des hôpitaux.

L'œsophago-jéjuno-gastrostomose contre le rétrécissement infranchissable de l'œsophage, par M. Roux (de Lausanne) in *Semaine médicale*, 23 janv. 1907. — L'auteur nous expose avec simplicité la technique d'une intervention qui confine pourtant aux dernières limites de la hardiesse dans le domaine de l'autoplastie viscérale. On sait que M. Tarel (de Berne) a proposé d'isoler un court segment d'intestin grêle pour établir par son intermédiaire, une bouche stomacale fonctionnant mieux, grâce à l'utilisation du péristaltisme centripète de ce segment, qui empêche aussi tout reflux. Dans cet ordre d'idées, M. Roux, s'étant trouvé en présence d'un rétrécissement de l'œsophage infranchissable, chez un enfant, a conçu et mis à exécution l'opération suivante : Allongeant le segment d'intestin grêle jusqu'à pouvoir l'annexer au cou, en passant dans un tunnel pratiqué

sous la peau du thorax, il s'agissait dans un premier temps d'implanter ce segment à la peau du cou par son bout supérieur, à l'estomac par son bout inférieur, puis, de rétablir la continuité de l'intestin grêle en abouchant ses bouts supérieurs et inférieur, après la section; de cette manière, l'intestin grêle prend la place de l'œsophage, ses contractions étant dirigées dans le sens gastripète, comme dans le conduit auquel il se substitue. Dans un deuxième temps, il se propose de sectionner l'œsophage véritable dans sa portion sus-cicatricielle et de l'aboucher directement dans le bout supérieur du canal intestinal, ce qui lui permettra de fermer toute la plaie supérieure ou anté-sternale. La principale difficulté, pour réaliser cette opération nouvelle, qu'il dénomme œsophago-jéjuno-gastrostomose, est d'assurer l'irrigation artérielle du bout d'intestin jujénal implanté. Or la distribution très apparente des artères dans la première partie du jéjunum permet de conserver une arcade entière dont la direction est parallèle au conduit digestif, en liant et sectionnant au-dessous des confluents ; d'ailleurs l'événement a prouvé la justesse de ces vues, puisque le segment en question s'est « tunnellisé » et que l'enfant va notablement mieux.

A. Benoit.

Opération pour ulcère gastrique perforé, par M. W. Körte (*Arch. f. Klin. Chir.* 1906, t. XXXI). L'auteur, qui fit déjà des communications de statistiques à ce sujet, publie un nouveau mémoire, d'où il résulte que les résultats opératoires obtenus dans les perforations libres du péritoine sont devenus meilleurs que dans les perforations en foyer, avec suppuration sous-diaphagmatiques. Sa technique, différant par quelques points de celle qui est suivie en France, je la résumerai brièvement. On tiendra compte de l'aspect anxieux tout à fait particulier du malade, atteint brusquement de perforation, soit à la suite d'un effort, soit dans son sommeil. Plus tard, les signes de péritonite voilent les symptômes. On doit opérer avec la plus grande hâte et dans les premières heures. Tous les résultats mauvais rentrent dans la série des cas tardifs. Le collapsus initial ne doit pas arrêter l'opération ; mais plus tard, en face d'un malade agonisant, on ne peut rien attendre de la laparotomie et il faut s'abstenir. Sérum sous-cutané et intrarectal avant d'anesthésier. Incision sus-ombilicale, avec débridement à droite, si nécessaire. Recherche des perforations; siège de prédilection, *voisinage du pylore*. Mais, ne pas oublier à travers une fente du mésocôlon d'examiner la face postérieure de l'estomac. On doit songer que les perforations sont souvent *multiples*. *Excision large* des bords de l'ulcère, surtout quand ils sont friables ; on suture ensuite sur un large pli séro-séreux en deux plans et l'on ajoute une couche d'épiploon. M. Körte est partisan du lavage de la grande cavité péritonéale avec la solution salée physiologique à 40-41° C. Il se passerait plus volontiers du drainage, quand la réunion est bonne. Comme opération complémentaire, il conseille de faire la *gastro-entérostomie postérieure*, si l'on peut prolonger l'intervention sans péril pour le patient. C'est ce genre d'opération mixte qui a donné les meilleurs résultats.

A. Benoit.

Plaies pénétrantes du rectum (*Soc. de chir.* 16 janv. 1907). — MM. Sieur (médecin militaire) et Guinard ont cité des observations, d'où il appert que le traitement de choix dans les plaies pénétrantes du rectum par corps étrangers, (chute sur un objet pointu, introduction volontaire, etc.,) est la laparotomie immédiate. Elle a généralement permis la suture directe de l'intestin perforé et celle des organes du voisinage, tels que la vessie, également lésés. Il vaut mieux ne pas laisser de cavité péritonéale, mais essuyer tout autour avec des compresses. On drainera dans tous les cas douteux. Il est recommandable, pour éviter les fistules vésicales, la vessie ayant été aussi atteinte, de placer une sonde à demeure : ce moyen met également un terme aux fistules déclarées.

A. Benoit.

Traitement des plaies pénétrantes du rectum (*Soc. de chir.* 30 janv. 1907). — Dans la précédente discussion, avec M. Sieur, la laparotomie a été présentée comme le traitement de choix contre les plaies pénétrantes du rectum. M. Delorme est d'avis que, vu l'impossibilité de pratiquer cette opération d'urgence, il n'est pas mauvais de savoir que l'on peut obtenir des succès avec une manière de faire plus simple. Dans le cas cité, il se vit contraint de drainer la plaie rectale. M. Vignol (médecin militaire) lui a communiqué un cas où il traita aussi une plaie du rectum par coup de baïonnette qui avait perforé le rectum et la vessie. Ce malade fut guéri par un simple drainage.

A. Benoit.

Péritonite tuberculeuse traitée par l'héliothérapie, par Ed. Martin (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 20 janvier 1907). — L'auteur publie l'intéressante observation suivante : Enfant de huit ans, sans antécédents héréditaires, mais faible de constitution. Son ventre commence à grossir il y a deux ans et devient douloureux.

Surviennent des vomissements, de la constipation et des douleurs violentes dans l'abdomen, qui est le siège d'un épanchement abondant accompagné d'œdème des jambes, de cyanose, d'accès d'étouffement. La fièvre est intermittente ; on retire neuf litres de liquide louche par la ponction abdominale. Un mois plus tard environ, nouvelle ponction avec sept litres de liquide puriforme, non odorant, stérile. Plus tard encore on retire trois à quatre litres. On commence alors l'héliothérapie en exposant le ventre au soleil, d'abord pendant dix, puis pendant quinze, vingt minutes. La pigmentation de l'abdomen a été très prompte, de même l'amélioration. Le liquide a rapidement diminué de quantité et on sent à sa place des plaques empâtées ; l'état général s'est amélioré, la fièvre est tombée. La malade a pu enfin être considérée comme guérie.

L. Jumon.

Ostéomes consécutifs aux traumatismes articulaires (*Soc. de chir.* 30 janv. 1907). — M. Mauclaire signale une observation de luxation du coude réduite et massée, dans laquelle, plusieurs semaines après l'accident, il eut à intervenir pour un ostéome volumineux du *brachial antérieur*, descendant jusqu'au devant de la capsule articulaire. Il fallut morceler la masse osseuse et le résultat fonctionnel laissa à désirer, au point que l'auteur regretta de n'avoir pas fait la résection de l'extrémité inférieure de l'humérus. M. Delorme pense que l'ablation complète, sans laisser de débris, devrait empêcher toute récidive. Lorsque ces ostéomes adhèrent à l'os, on peut les attribuer à un arrachement périostique. Il lui semble qu'il n'en est pas de même quand on les observe à distance et M. Loison, pour les ostéomes du brachial antérieur, accepte la théorie sésamoïde de M. Bard (de Genève). En pratique, il faut savoir que ces exemples curieux d'*ossification périarticulaire* peuvent se rencontrer après une simple contusion avec hématome. C'est ce qui est arrivé dans la région du coude à un malade de M. Broca.

A. Benoit.

La trypsine dans le traitement du cancer, par W.-J. Morton (*Med. Record*, 8 déc. 1906). — L'auteur a essayé la trypsine dans une série d'une trentaine de cas, en ville et à l'hôpital. Les malades avaient été soumis à d'autres traitements, rayons X, radium, fluorescence. Sans exprimer une opinion ferme, qui serait encore prématurée, Morton constate que les tumeurs cancéreuses réagissent souvent très vivement au traitement par la trypsine. Dans quelques cas cette réaction est accompagnée d'une grande amélioration de la maladie. La plupart des cas étaient très avancés et inopérables. Aussi les résultats obtenus donnent-ils l'impression qu'ils auraient été meilleurs si le traitement avait été institué plus tôt. Les injections de trypsine ont été employées à des concentrations variées et à diverses périodes. Morton commence par cinq gouttes pour aller jusqu'à vingt gouttes. Il se produit une réaction générale pour laquelle la tolérance s'établit assez vite, et une réaction locale qui consiste dans de la rougeur, tuméfaction, douleur, réaction qui disparaît en quelques heures. Il n'en résulte aucun dommage pour la santé, au contraire, dans la plupart des cas la nutrition générale s'est améliorée, au moins lorsque la cachexie n'était pas trop avancée. Comme résultats, Morton indique les suivants : Deux cas graves de cancer de la face ont été guéris par l'usage de la trypsine. Dans un cas il y a eu régression et atrophie du cancer du sein jusqu'à production d'une atrophie équivalant pratiquement la guérison. Dans tous les cas on a signalé les signes d'amélioration dans les progrès de la maladie. Deux cas montrent que les ganglions engorgés et cancéreux ont diminué rapidement de volume sous l'influence des injections de trypsine. Le médicament a un effet marqué pour diminuer la cachexie cancéreuse et améliorer la santé générale, même dans les cas graves de cancer de l'utérus ayant atteint les organes pelviens; la trypsine peut arrêter la maladie dans son évolution, même si les malades ne guérissent pas. L'usage de la trypsine a fait cesser les hémorragies et a calmé les douleurs. Les malades eux-mêmes remarquent une très grande amélioration pendant les périodes où ils prennent de l'amylopsine, après avoir reçu des injections de trypsine. L'auteur pense qu'il faudra recourir à des doses plus élevées de trypsine, de 20 à 30 gouttes, par exemple,

tous les jours, pendant quatre à six semaines.

L. JUMON.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr CHASSEVANT,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

L'eau bromoformée contre le mal de mer par M. ED. DESESQUELLE (*Bulletin médical* n° 8, mercredi 30 janv. 1907, p. 90). — M. Ed. Desesquelle conseille de prendre, dès qu'on ressent des nausées, une cuillerée à soupe d'eau bromoformée saturée. Un adulte peut prendre 250 grammes d'eau bromoformée par 24 heures. Pour les enfants au-dessous d'un an, les doses sont les suivantes :

10 gr.	d'eau bromoformée	jusqu'à trois mois	
20	—	—	de trois à six mois
30	—	—	de six à neuf mois
40	—	—	neuf mois à un an.

De un à cinq ans, on donnera autant de fois 40 grammes que l'enfant compte d'années ; de cinq à dix ans, 200 grammes, par cuillerées à café convenablement espacées.

P. SÉE.

Le traitement médical de l'appendicite. Sa technique et ses résultats, par A. ROBIN (*Bulletin général de thérapeutique* 30 janv. 1907). — L'auteur considère l'appendicite comme un aboutissant de l'hypersthénie gastrique et est un partisan du traitement médical. Il recommande le repos, la diète hydrique et les purgatifs, huile de ricin ou calomel ; ce dernier est donné en quatre paquets de 0 gr. 10, d'heure en heure. On ne mettra de la glace sur le ventre que lorsque l'intestin sera exonéré.

S'il existe des signes d'hypersthénie gastrique, on donnera une poudre de saturation.

Magnésie hydratée	1 gr. 50
Bicarbonate de soude	ãã 1 gr. »
Sucre blanc	
Codéine	5 milligr.
Carbonate de chaux précipité	ãã 0 gr. 30
Sous-nitrate et bismuth	

A répéter chaque fois que le malade éprouve un malaise gastrique.

Quand l'action purgative est terminée, on donne des irrigations intestinales, une ou deux fois par jour, à 38 degrés, avec deux ou trois cuillerées à soupe d'huile d'olive et cinq à dix gouttes de teinture de sauge, sans pression.

Si le malade souffre, on donnera les pilules ci-après :

Codéine	0 gr. 02
Extrait de gentiane	0 gr. 10

pour une pilule : deux à trois par jour.

On réitérera au besoin les purgatifs et irrigations.

Quand toute sensibilité a disparu, on reprend doucement l'alimentation, d'abord avec le lait, puis avec les végétaux principalement.

Pour assurer les selles, on prescrira :

Bicarbonate de soude	8 gr.
Sulfate de soude anhydre	ãã 4 gr.
Phosphate de soude anhydre	

pour un paquet, à faire dissoudre dans un litre d'eau bouillie.

On en prend 100 cc. au réveil, et 125 cc. de dix heures à midi, de quatre à six, de neuf à dix heures et demie, le soir, par petite gorgées tiédies.

L'intervention chirurgicale sera réservée aux cas compliqués d'abcès, de péritonite, et quand le traitement ci-dessus n'évite pas les récidives ; enfin, quand le malade ne peut s'occuper de son régime et surveiller ses fonctions alvines.

E. VOGT.

Contribution au traitement interne de l'appendicite, par PFISTER (*Deutche med. Wochenschrift*, n°s 1 et 2, 1907). — L'auteur a observé, à la clinique du Professeur Erb, 79 cas d'appendicite (30 cas légers, 25 de gravité moyenne, 15 avec exsudat, dont 4 évacués en chirurgie avec 1 décès). Le traitement a consisté, dans tous les cas, par la glace et l'opium. Dans les cas légers, on administre deux à trois fois par jour 10 gouttes de teinture, dans les cas moyens et graves 10 à 15 gouttes toutes les deux heures, même la nuit, et pendant plusieurs jours au besoin. L'effet du médicament est de diminuer le péristaltisme et favoriser la formation d'adhérences solides : c'est surtout en cas d'abcès que cette action de l'opium devient manifeste. L'auteur n'a jamais observé de météorisme dangereux : bien plus, les malades vont spontanément à la selle, le plus souvent du sixième au huitième jour.

Comme alimentation, un peu de lait tiède.

L'auteur n'applique pas son traitement aux cas où, à l'entrée à la clinique, il y a lieu de supposer une gangrène ou perforation de l'appendice : ces cas sont de suite dirigés vers le service de chirurgie.

Dans les deux premiers groupes, tout se passe normalement d'ordinaire; le troisième groupe présente un intérêt plus grand : on voit, sous l'influence de l'opium et de la glace, les tumeurs diminuer rapidement de volume; dans les cas où cette amélioration ne se manifeste pas, l'opération s'impose. Grâce à l'opium, le foyer purulent s'enkyste et se présente alors dans les meilleures conditions opératoires.

Pour le praticien qui exerce à la campagne, l'intervention précoce est naturellement plus souvent indiquée : le traitement par l'opium exige une surveillance minutieuse.

Reste la possibilité des récidives : l'auteur n'a pu revoir qu'un petit nombre de ses malades, mais tous étaient en parfait état. L'auteur est, du reste, partisan de l'opération à froid, si possible, en cas de récidive.

E. Vogt.

Dysenterie à évolution lente, guérison rapidement améliorée par le sérum antidysentérique, par Mlle Campana (*Journal de méd. de Bordeaux*, 27 janvier 1907). — Il s'agit d'un enfant de dix-sept mois nourri d'une façon irrégulière, ayant eu de la diarrhée estivale à la suite d'une suralimentation par le lait de vache. Au bout d'un certain temps, la diarrhée de simple qu'elle était devint muqueuse, puis muco-sanguinolente. Survinrent ensuite des vomissements et de la fièvre. Un traitement rationnel atténua les symptômes un certain temps, mais l'affection reprit son cours.

Dans cette situation, on injecta 20 centimètres cubes de sérum antidysentérique polyvalent; les vomissements et la diarrhée disparurent en deux jours, et l'enfant était guéri au bout de huit jours.

L'auteur a de même traité par le sérum antidysentérique, injecté à dose de 20 centimètres cubes, un jeune malade envoyé par le professeur Coyne ; la dysenterie avait résisté à tous les traitements et l'état était lamentable. La guérison fut très rapide après l'injection. Le sérum avait été préparé dans le service du professeur agrégé, M. Auché. Bien que le sérum n'ait pas la prétention de cicatriser les lésions, mais de combattre seulement l'infection, il importe de remarquer que, malgré un état extrêmement grave, une seule injection de sérum avait suffi pour modifier foncièrement la situation et faire évoluer le cas vers la guérison.

L. Jumon.

Traitement du « Sprue » par ingestion de fraises (d'après la *Semaine Médicale* n° 51, 19 déc. 1906, p. 609). — On désigne sous le nom de *sprue* ou de *psilosis* une affection qui ne s'observe que sous les tropiques, ou, en Europe, chez les individus qui ont séjourné aux colonies. C'est une diarrhée de cause inconnue, et très rebelle. Le régime lacté atténue le mal, mais ne le guérit pas. MM. E. H. Young (de Londres), J. Anderson et F. Squire ont obtenu des guérisons complètes en ordonnant à leurs patients l'ingestion de fraises en quantité progressivement croissante. Grâce à ce régime, le nombre et la fétidité des selles diminuèrent et l'état général se releva.

P. Sée.

Appareil pulmonaire.
Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,
Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de la pleurésie aiguë, par A. Robin (*La Médecine moderne*, 16 janv. 1907). — L'auteur, d'après son expérience personnelle, trouve que, après élimination des pleurésies qu'il avait déclarées tuberculeuses il y en a huit sur dix qui ne le sont pas devenues : il ne faut donc pas effrayer inutilement l'entourage des pleurétiques, et accepter l'opinion pessimiste qui veut que toutes les pleurésies soient fonction de l'infection par le bacille de Koch.

La thoracentèse est indiscutable dans les cas où l'épanchement, par son abondance et son siège, risque de compromettre la vie du malade. On se guidera, non sur la dypsnée, mais bien sur la quantité de l'épanchement. En cas d'épanchement très abondants ponctionner de préférence dans le septième espace intercostal, un peu en arrière de la ligne axillaire. Le siphon de Fernet expose moins aux décompressions brusques que les aspirateurs.

La plupart des accidents survenant au

cours d'une ponction sont dus à la trop grande rapidité avec laquelle l'épanchement se vide ; il faut donc retirer le liquide lentement.

On évitera la transformation purulente de l'épanchement en opérant dans des conditions d'asepsie rigoureuse.

La thoracentèse est encore indiquée quand la maladie est arrivée à une période avancée, sans qu'intervienne la notion de qualité de l'épanchement : si au troisième ou quatrième septénaire l'épanchement ne diminue pas, on a le devoir de ponctionner.

En dehors de l'intervention, on recommandera le régime lacté absolu (2 litres par jour) et le calomel, à la dose de 0 gr. 10, quatre fois par jour à une heure d'intervalle. Dès le second jour, on donnera le salicylate de soude, à la dose de 1 gramme matin et soir, ou 4 doses de 0 gr. 50 à quatre heures d'intervalle.

On se trouvera parfois bien de l'infusion de feuilles de jaborandi (4 gr. par jour). Pour préparer l'infusion, on verse d'abord sur les feuilles un demi-verre à liqueur de bon cognac ; au bout de trois quarts d'heure, on verse 150 grammes d'eau bouillante et on laisse infuser vingt minutes ; on passe et on administre en une fois. La sudation et la salivation, souvent très abondantes, durent de trois quarts à deux heures : le malade restera couché. Souvent, l'épanchement disparaît après deux sudations à quarante-huit heures d'intervalle ; mais il faut éviter de donner le jaborandi quand le cœur n'est pas sain, quand l'épanchement siégeant à gauche a fait dévier le cœur et quand le sujet est débilité.

Le vésicatoire, si décrié, rendra de grands services, quand il n'existe pas de lésion rénale. On en appliquera tous les cinq ou six jours.

En cas de fièvre très élevée, on donnera un cachet contenant 0 gr. 30 de pyramidon associé à 0 g. 40 de bichlorhydrate de quinine.

En cas d'oligurie, on prescrira :

Infusion de feuilles de genêt.....	150 gr.
Oxymel scillitique.....	30 gr.
Acétate de potasse.....	2 gr.
Nitrate de potasse.....	2 gr.

Une cuillerée toutes les deux heures.

Après résorption de l'épanchement, pour favoriser la disparition des fausses-membranes, on prescrira :

Arséniate de soude.....	0 gr. 05
Iodure de potassium.....	5 gr.
Eau distillée.....	300 gr.

Deux cuillerées à soupe par jour, le matin à jeun et avant le dîner.

On appliquera en outre des pointes de feu nombreuses et fines, ou des badigeonnages iodés.

On couchera, en outre, pour faire dilater le poumon du côté de la lésion, le malade sur le côté sain et on lui fera faire une série de huit à dix fortes aspirations ; puis on applique une main à la partie supérieure de l'aisselle, l'autre à la partie inférieure des côtes, en résistant à la pression exercée par l'inspiration : cet exercice se fait avec douceur et graduellement. On termine par un massage très léger des muscles inspirateurs.

S'il n'existe aucun reliquat de fausses membranes, on terminera la cure par un séjour dans une station d'altitude ; dans le cas contraire, Amélie-les-Bains (hiver) ou Allevard (été) sont indiqués.

E. Vogt.

Traitement de la pleurésie avec épanchement, par Fraenkel (*Deutsche med. Wochenschrift*, 3 janvier 1907). — L'auteur admet qu'un tiers des pleurésies est de nature tuberculeuse : quelle que soit d'ailleurs l'étiologie, le traitement, dans les cas aigus, est sensiblement le même. En cas de point de côté violent, on recourra aux injections de morphine, aux enveloppements froids, aux ventouses.

On ne saurait espérer obtenir un ralentissement dans la production de l'épanchement ; la pilocarpine, les diurétiques, etc., ne parviennent pas à enrayer, dans le stade de l'augment, l'épanchement qui, en revanche est favorablement influencé par ces médicaments dès que la résorption commence à s'effectuer.

L'auteur conseille en revanche de ponctionner au cours du premier stade si l'épanchement est considérable ; il intervient dès que la matité atteint en avant la troisième côte. On favorise, par la décompression des lymphatiques pleuraux, la résorption de liquide. On ne ponctionnera d'ailleurs jamais sans avoir fait au préalable une ponction exploratrice : elle sera de 10 cent. cubes environ et précédera la ponction principale de 1 à 2 jours. En dehors de sa valeur diagnostique, la ponction exploratrice présente l'avantage de provoquer parfois au bout de 24 heures une diminution de la fièvre et une augmentation de la diurèse ; il arrive parfois que l'amélioration est suffisamment

marquée pour rendre inutile la ponction principale.

Avant de pratiquer la ponction, il est bon de faire une injection de morphine de 0 gr. 005 à 0 gr. 01 pour supprimer les accès de toux éventuels. On arrêtera l'aspiration à 2 ou 2 litres 1/2 ou si le malade se met à tousser, ou encore si le pouls faiblit. La diurèse augmente après la ponction : on cherchera à l'influencer au moyen de diurétiques (acétate de potasse, théobromine etc., ou petites doses de digitale si le cœur est faible).

Les contre-indications sont peu nombreuses : en cas d'affection cardiaque, on fera coucher le malade au lieu de l'asseoir, au moment de l'intervention. On ne ponctionnera pas les malades porteurs de cavernes volumineuses ou de carcinome endothélial de la plèvre.

Grâce à la ponction, on observe beaucoup plus rarement qu'autrefois le rétrécissement thoracique de Laennec : les fausses membranes, chez le sujet ponctionné, sont souples et ne compromettent pas le jeu des poumons : la gymnastique pulmonaire méthodique donne alors d'excellents résultats.

E. Vogt.

Traitement de la maladie mitrale à la période de décompensation, par le professeur Combemale (*l'Echo médical du Nord*, 13 janvier 1907). — La période de décompensation se traduit par une sensation de plénitude dans la poitrine, de l'essoufflement facile, de l'hypopepsie, de l'oppression nocturne, de la sensibilité épigastrique, des palpitations, de l'œdème périmalléolaire. Les congestions broncho-pulmonaire, hépatiques, les œdèmes périphériques sont fréquents, le cœur est mou, le pouls faible.

Dans la première attaque d'hyposystolie, le traitement est surtout médicamenteux, puis intervient une hygiène spéciale.

C'est avant tout le cœur qui doit être soutenu ; on court à un échec si l'on cherche d'abord à relever l'appétit, à combattre l'état asthmatique, à traiter une bronchite.

L'action de la digitaline étant beaucoup plus rapide, mais plus fugace que celle de la digitale, il peut y avoir intérêt ici à administrer la digitale en nature, qui n'agit qu'un ou deux jours après. Cependant l'auteur donne la préférence à cette prescription :

Solution hydro-alcoolique au millième de digitaline cristallisée	L gouttes
Eau distillée	50 grammes

quatre cuillerées à café par jour pendant trois jours.

Pendant qu'on donne la digitale, le malade doit garder le lit, se soumettre au régime lacté absolu, et prendre un léger purgatif salin.

Il est d'usage, après l'administration de la digitale, de soutenir quelques jours son action par un succédané, comme le strophantus. On prescrira, à prendre en trois fois dans la journée pendant une quinzaine de jours :

Teinture de strophantus	X gouttes
Eau de laurier-cerise	10 grammes
Sirop de sucre	40 —
Eau distillée	100 —

Le sulfate de spartéine offre les mêmes avantages que le strophantus, mais est d'une posologie plus facile ; on le prescrit à dose de dix centigrammes par jour.

Mais rien n'incite réellement à prolonger l'action de la digitale, autrement que par la digitale et il est facile de s'arrêter au premier signe d'intoxication digitalique. Il faut se garder d'associer à la digitale d'autres médicaments, c'est contrarier son action. On ne prescrira donc pas en même temps des médicaments, capables d'amoindrir son action, tels l'antipyrine, la belladone, l'opium, les iodures, les nitrites, etc.

Lorsque les phénomènes d'hyposystolie font leur réapparition, on reprend la médication digitalique. Dans ces intervalles paroxystiques, on pourra alors recourir au convallaria, seul ou associé à la spartéine comme dans cette formule :

Extrait de convallaria	15 centigrammes
Sulfate de spartéine	5 —

pour une pilule, 2 à 3 par jour.

Le régime lacté, le régime lacto-végétarien ou le régime déchloruré, doublés d'une cure de repos, seront suivis avec rigueur. Le traitement hygiénique doit être d'autant plus sévère que la défaillance cardiaque est plus marquée.

L. Jumon.

Traitement des hémorroïdes par les courants de haute fréquence, par Dupeyrac (*Marseille médical*, 14 janvier 1907). — L'auteur rapporte les observations de neuf malades atteints d'hémorroïdes, qu'il a traités par les courants de haute fréquence.

Ces neuf malades étaient en période de poussée congestive avec douleurs et hémorragies. Le plus souvent celles-ci ont cessé après trois ou quatre séances. Ces applications sont indolores. Elles agissent non comme caustique, mais comme décongestionnant et sédatif. Le bourrelet hémorroïdaire s'affaisse, mais ne disparaît pas complètement. Ce n'est pas une cure radicale des hémorroïdes, mais la guérison de la crise hémorroïdaire. Ce procédé permettra ainsi d'éviter des opérations. La haute fréquence, d'après l'auteur, est surtout efficace dans les crises hémorroïdaires aiguës et pendant les poussées aiguës au cours d'états hémorroïdaires chroniques. Le malade, en se soumettant à un traitement de quelques jours, à chaque crise verra celles-ci diminuer de fréquence et d'intensité, mais l'expérience n'est pas assez longue pour pouvoir faire espérer au malade une disparition complète. Les rares échecs de la méthode paraissent se rapporter à des hémorroïdes symptomatiques d'une affection du foie ou du cœur, amenant une gêne dans la circulation du système porte ou du système veineux général, ou bien à des hémorroïdes symptomatiques d'une tumeur abdominale.

L. Jumon.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement opératoire d'une névralgie faciale rebelle par M. Coville (d'Orléans). (*Ann. méd. chir.*, 1906). — Il s'agissait d'une *névralgie faciale droite*, datant de trois ans, les crises se révélaient à l'occasion de la mastication, de la parole et l'échec complet du traitement médical. En septembre 1905, ablation du *ganglion cervical supérieur* par la voie rétro-sterno-mastoïdienne. L'amélioration qui s'est produite *graduellement* comme dans toutes les autres observations, a abouti depuis treize mois à la disparition presque complète. A. Benoit.

La solanine comme médicament utile dans l'épilepsie, par C. Abbott (*Merk's Archives*, janv. 1907). — La solanine est le principe actif qu'on trouve dans diverses solanées. S. carolinense, dulcamara, ferox, nigrum et dans les tubercules de pommes de terre exposés au soleil. La solanine est un glycoside qui exerce une action sédative et dépressive sur le système nerveux. On l'a employée comme analgésique et antispasmodique. En Amérique les nègres des Etats du Sud l'ont utilisée dans le traitement de l'épilepsie avec d'excellents résultats. Elle a donné de même de bons résultats dans les convulsions hystériques et dans certains cas d'éclampsie.

La solanine a été reconnue efficace contre les convulsions épileptiques liées à la menstruation douloureuse, à un arrêt de développement et à la chorée. Dans les hémorragies utérines, elle agit comme un puissant astringent.

Pour obtenir des résultats satisfaisants, il faut porter les doses du médicament jusqu'à la production de la somnolence, puis on diminue la dose. Un certain nombre d'auteurs ont obtenu d'excellents résultats de la solanine dans l'épilepsie où ils l'ont employée à la place de bromures. Elle diminue la gravité et la fréquence des attaques et semble indemne des actions secondaires qui rendent les bromures d'un emploi parfois très difficile. Parmi ces auteurs, Cl. Trush a relaté une série de vingt-cinq cas d'épilepsie traités par l'extrait fluide de solanum carolineuse, et reconnaît à ce médicament une très grande valeur dans l'épilepsie idiopathique sans tare héréditaire et lorsque la maladie a débuté dans l'enfance. Le médicament n'est pas aussi efficace dans le petit mal. Les bromures, par contre, semblent mieux réussir dans les cas avancés d'épilepsie. Toutefois l'auteur se garde de donner la solanine pour un spécifique, c'est simplement un adjuvant. Il rappelle enfin l'importance qu'il y a pour l'efficacité du traitement à entretenir les voies digestives en très bon état. Les doses indiquées par les différents auteurs varient dans d'assez larges limites, de trois à dix centigrammes. Mais la méthode rationnelle pour l'administrer est de commencer par de petites doses, c'est-à-dire par un à six milligrammes par jour et d'augmenter progressivement, jusqu'à ce qu'on atteigne la limite de la tolérance, on maintient alors la dose en deça de cette limite.

En dehors de l'épilepsie, la solanine possède une certaine valeur thérapeutique dans le tétanos, la coqueluche, l'asthme, les affections douloureuses spasmodiques.

L. Jumon.

Contribution au traitement du délirium tremens, par S. Ganser (*Munch. med. Woch.*, 15 janv. 1907). — Sur 1051 cas de délirium tremens que l'auteur a soignés de 1890 à 1905, il a noté une mortalité de 6,37 p. 100, pendant les huit premières années et seulement de 0,88 p. 100 pour les huit autres années. Cependant les principes généraux du traitement ont été les mêmes dans les deux cas : abstinence complète de l'alcool, traitement au lit autant que possible, surveillance attentive. Un point seulement a été changé dans le traitement, qui sans doute a contribué à l'amélioration. Partant de cette observation qu'en dehors des accidents, suicides, septicémie ou maladie infectieuse, les alcooliques délirants succombent à la paralysie cardiaque, Ganser a porté son attention sur ce point. Si chez des sujets vigoureux le cœur ne présente d'abord aucun trouble, rien qui fasse redouter un collapsus, il arrive que, dans l'évolution ultérieure des accidents, sous l'influence de l'excitation motrice, le cœur présente des signes d'asthénie qui atteignent parfois un degré menaçant et qu'on ne peut combattre avec les stimulants ordinaires. Le pouls devient fréquent, petit, irrégulier, puis surviennent de la cyanose, des sueurs froides et enfin la mort. Parfois même le collapsus est subit. Cette observation et l'impossibilité de prévoir ces cas ont engagé l'auteur à donner sans exception à tout alcoolique délirant, dès la première heure de son entrée, de la digitale, à raison d'abord de 1gr,50 en infusion le premier jour et de renouveler ensuite cette dose deux ou trois fois. Si l'administration par la bouche est impossible, on donne la digitale en lavement. Jamais il n'est survenu aucun accident, ni de phénomènes d'accumulation. Si, malgré ce traitement, il survient des signes de faiblesse cardiaque, on peut alors recourir à des injections d'huile camphrée. Cependant, dans quelques cas qui paraissent désespérés, l'auteur va jusqu'à donner par cuillerées à soupe de faibles quantités d'alcool avec de l'eau gazeuse.

Il est important de faire en même temps un lavage des tissus au moyen de boissons additionnées d'acétate de soude à raison de 1 p. 100.

L. Jumon.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

Les injections de paraffine solide dans l'ozène, par Ric. Botey (*Arch. intern. de laryng.*, décembre 1906). — En raison des dangers que peut produire l'injection de paraffine liquéfiée par la chaleur, on n'emploie plus que les injections de paraffine solide, depuis que Brœckaert en a montré la technique en 1904 au Congrès d'otologie de Bordeaux.

M. Botey a essayé les diverses seringues construites pour cet usage : celles de Brœckaert, de Lermoyez, de Mahu, de Lagarde, et il a reconnu que ces divers modèles ne fonctionnaient bien qu'en été, tandis qu'en hiver il fallait chauffer le corps de la seringue pour arriver à faire sortir la paraffine de la canule.

Cette différence de résultats tient peut-être aussi à la nature variable des paraffines dont se servent les opérateurs.

L'auteur a fait construire à son tour une seringue qui permet de faire des injections solides ou liquides.

La technique des injections de paraffine dans les cas d'ozène est la suivante : après nettoyage complet des fosses nasales, on applique sur le cornet un tampon d'ouate imbibé d'une solution de cocaïne à 1 p. 10.

Le speculum tenu de la main gauche, la seringue bien en main, on enfonce la pointe de l'aiguille, le plus près possible de l'extrémité postérieure du cornet et à une profondeur 4 à 8 millimètres bien parallèlement à l'os; on fait alors l'injection avec lenteur et sans secousse. On voit alors la muqueuse du cornet se soulever et pâlir, ce qui indique l'arrêt de l'opération.

Ce point saillant et pâle s'aplatit et disparaît au bout de quelques secondes; la muqueuse reprenant sa coloration normale, on peut alors injecter encore, mais très lentement, de la paraffine. On peut faire l'injection en plusieurs points du cornet dans la même séance, mais en commençant toujours par la partie la plus reculée.

Quand le cornet est très atrophié et que l'injection est impossible on peut créer des épaississements artificiels sur la cloison nasale, mais on a assez souvent des hémorragies.

Les injections de paraffine solide présentent quatre inconvénients : la rupture de

la muqueuse, les hémorragies, les abcès de la cloison et la douleur post-opératoire.

La rupture de la muqueuse se produit quand on fait l'injection trop brusquement, sans surveiller le gonflement de la muqueuse; elle se produit aussi dans les cas où la muqueuse, très atrophiée, est très adhérente à l'os.

Les abcès de la cloison sont assez fréquents; l'auteur en a observé 10 cas sur 360 opérés; ces abcès sont moins fréquents quand on emploie la paraffine liquide. Ces abcès se produisent quand on injecte plus de un demi gramme de paraffine solide au même point.

Ces abcès se présentent sous deux formes : la phlegmoneuse et la séreuse. L'abcès phlegmoneux donne lieu à de la fièvre, à des douleurs vives, s'irradiant au front et aux tempes; le cartilage, mis à nu, se nécrose souvent et donne lieu à la déformation du nez, dite en coup de hache; généralement la destruction du cartilage a lieu par fonte moléculaire; dans deux cas il y a eu un séquestre. Il faut donc prévenir le malade de la possibilité d'un pareil accident quand on fait une injection dans la cloison. Quand l'abcès est formé il faut pratiquer une incision de 1 à 2 centimètres et empêcher que l'ouverture ne se ferme trop vite; il faut panser la cavité tous les jours pendant une semaine, au moins, pour obtenir la guérison.

L'abcès séreux est bien plus fréquent que le précédent; il ne détruit pas le cartilage et n'entraîne pas de déformation du nez. L'incision donne issue à une sérosité rose plus ou moins purulente; elle devra être pratiquée le plus tôt possible.

La douleur de l'injection de paraffine est faible, si l'on n'introduit pas de trop grande quantité de substance sous la muqueuse; on observe néanmoins des névralgies dentaires quand on injecte la cloison. L'auteur a soigné depuis quatre ans 360 ozèneux, dont 121 avec la paraffine liquide et 239 avec la paraffine solide, ce qui, avec une moyenne de 20 injections par malade, fait 7.200 injections pratiquées. Il estime qu'il ne peut pas se prononcer sur la valeur curative de ce mode de traitement. Chez beaucoup de malades, la paraffine est éliminée en partie ou en totalité quelques heures ou quelques jours après l'opération; chez les deux tiers des malades environ cela n'existe pas.

Il y a environ 10 p. 100 de malades incurables par cette méthode; 25 p. 100 sont très améliorés et 45 p. 100 n'ont ni croûtes, ni fétidité, ni sécheresse. Chez les 20 p. 100 restant, la guérison est complète au point de vue social; les secrétions sont fluides et sont facilement expulsées.

A. Courtade.

Traitement conservateur des suppurations de l'attique par le pansement sec, par Massier (*Arch.-intern. de laryng.*, décembre 1906). — Pour M. Massier, l'oreille est hydrophobe et les pansements secs doivent seuls être employés; il a pu obtenir 70 p. 100 de guérison dans 30 cas de suppuration de l'attique.

L'oreille est nettoyée par le médecin, non avec des lavages, mais avec des tampons imbibés d'eau oxygénée; la cavité étant à peu près détergée, on enlève à la pince les débris épithéliaux, les grumeaux de pus; avec ou sans anesthésie préalable, on explore alors avec le stylet coudé les régions malades pour connaître la nature et le siège des lésions. Fongosités, granulations, polypes, ostéites des osselets sont justiciables de l'intervention directe avec l'anse, la curette. Après avoir enlevé avec la curette tous les tissus malades ainsi que les osselets cariés, on fait un badigeonnage énergique et minutieux de l'attique et de la caisse soit avec la teinture d'iode pure, soit avec une solution iodurée; on insuffle alors de la poudre d'iodoforme.

Pour faire le pansement occlusif de la plaie, on tasse dans la cavité épitympanique une fine mèche de gaze iodoformée à 50 p. 100, puis on tamponne avec de la gaze stérilisée.

Ce pansement est laissé en place un ou deux jours, suivant la tolérance et la quantité de sécrétion qui imbibe la gaze.

On renouvelle alors les badigeonnages et insufflations ainsi que le pansement occlusif.

Lorsque la suppuration est à peu près tarie, on supprime l'iode et l'iodoforme et on les remplace par des insufflation d'acide borique pulvérisé.

La guérison, par un tel traitement, s'obtient après de longues semaines.

Le traitement est pénible, à cause des douleurs vives que provoque la teinture d'iode : sensation locale de brûlure avec irradiation douloureuse très aiguë à la pointe et au bord correspondant de la langue, due à l'irritarres de la corde du tympan.

S'il existe des lésions pharyngées, il faut les traiter pour éviter qu'une infection nouvelle de l'oreille ne vienne par la trompe d'Eustache. Il faut, après la guérison, surveiller de temps en temps le malade pour enlever les petites croûtes qui se forment après la guérison de toute otorrhée ancienne.

A. COURTADE.

A propos de mon procédé d'opération de la sinusite frontale chronique, par TAPTAS (*Rev. internat. de laryng.*, décembre 1906). — M. Taptas a exposé, au Congrès international de médecine de 1900, un procédé d'opération de la sinusite frontale qui reposait sur une large communication du sinus frontal avec le nez, obtenue par une destruction étendue de toute la masse ethmoïdale, à travers une large brèche faite au niveau de l'apophyse montante du maxillaire; pour empêcher l'enfoncement de la peau du sourcil, il laissait un pont osseux comme soutien; en 1904, il ne conservait plus celui-ci par crainte de récidive due au défaut d'effacement de la cavité sinusale.

Depuis, deux procédés analogues ont vu le jour : ceux de Jacques et de Kilian. Dans le premier, l'opérateur résèque le plancher orbitaire du sinus et une partie de l'apophyse montante du maxillaire, et, après avoir curetté le sinus et enlevé une partie de l'ethmoïde, suture la plaie externe.

Kilian (1902) résèque la paroi antérieure du sinus, qu'il curette, enlève la paroi orbitaire, trépane l'apophyse montante, résèque les cellules ethmoïdales antérieures et moyennes, ainsi que le cornet moyen et laisse un pont osseux supra-sourcilier.

Il est établi que l'effacement complet de la cavité du sinus frontal par application de la peau sur la paroi interne n'est pas une condition indispensable pour la guérison; aussi M. Taptas est-il revenu à son premier procédé opératoire. Voici la technique qu'il a adoptée : incision partant de l'extrémité externe du sourcil et suivant celui-ci pour arriver jusqu'à l'extrémité inférieure de l'os nasal. Hémostase, décollement du périoste pour mettre à nu la paroi osseuse du sinus; celui-ci est ouvert vers la ligne médiane avec la gouge et le maillet, l'ouverture est agrandie avec la pince coupante, de manière à enlever toute la largeur de cette paroi vers la partie externe, tandis qu'à la partie interne on ménage la proéminence de l'arcade sourcilière.

Au niveau de l'incision nasale on décolle le périoste de la lèvre externe de la plaie pour mettre à nu l'apophyse montante du maxillaire supérieur, ainsi que les sutures fronto-nasale et fronto-maxillaire; on résèque alors une grande partie de cette apophyse, mais en laissant le pont osseux indiqué plus haut, vers l'angle interne de l'arcade sourcilière.

Après nettoyage complet du sinus frontal et de la masse ethmoïdale qui sépare ce dernier de la fosse nasale, l'opérateur suture la peau et ne place aucun drain; pansement compressif. Si le sinus maxillaire est malade, M. Taptas commence l'opération par lui. Après ouverture de la fosse canine et curettage de la cavité, on détruit la bulle ethmoïdale antérieure et les cellules ethmoïdales postérieures si elles sont malades. Le cornet inférieur est laissé intact et la communication du sinus maxillaire avec la fosse nasale a lieu par les méats moyen et inférieur; on tamponne ce sinus jusqu'à la fin de l'opération frontale, après quoi on fait les sutures nécessaires, sans drain ni gaze dans ce sinus.

Comme traitement consécutif, on fait au bout de quarante-huit heures un lavage du nez et du sinus par l'une des brèches et on enlève avec une pince quelques lambeaux flottants du cornet moyen. Si le sinus frontal est seul malade, l'auteur ne fait rien. Les fils de suture sont enlevés le quatrième jour et le pansement occlusif conservé pendant une dizaine de jours; en deux semaines il n'y a plus de sécrétion.

Dans les cas de sinusite frontale double, l'opérateur fait la même opération des deux côtés, mais épargne la cloison intersinusale et une bandelette de la paroi à ce niveau.

A. COURTADE.

Maladies vénériennes. — Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE,
Médecin des hôpitaux.

A propos des injections d'huile grise dans le traitement de la syphilis, par BODIN (*La Presse médic.*, 26 décembre 1906). — Pour apprécier la valeur thérapeutique d'une préparation mercurielle, il faut tenir

compte d'abord de la constitution moléculaire et des groupements ioniques dont fait partie le mercure : la teneur en Hg d'une préparation donnée ne doit pas être seule envisagée. Or, l'huile grise sous ce rapport ne peut être comparée aux autres préparations : il faut attendre souvent huit à dix jours pour voir apparaître les effets du médicament. En résumé, l'huile grise est à préférer dès qu'il s'agit d'une syphilis légère ou moyenne, avec accidents étendus ou non, mais sans gravité immédiate ni ténacité particulière. Elle est aussi fort indiquée quand il s'agit de prolonger l'effet d'un traitement actif ou d'empêcher le retour d'accidents graves : elle sert à traiter la maladie plutôt que les accidents.

Il résulte de ces données que l'huile grise sera prescrite à doses faibles ou moyennes. On sait que 0,02 gr. de Hg par jour représentent une dose forte : la dose moyenne étant de 0,01 gr., c'est 0,035 gr. à 0,07 gr. qu'on injectera tous les sept jours sous forme d'huile grise, en ne dépassant pas le nombre de 5 à 6 piqûres consécutives, avec repos d'un mois. La préparation contiendra de préférence 0,20 gr. de Hg par centimètre cube : de cette façon, on évite, d'ailleurs, l'emploi d'une seringue spéciale.

Il est bon de s'en tenir à ces prescriptions, que l'on a tendance à transgresser parce que la tolérance pour l'huile grise est très grande.

E. Vogt.

Traitement radiothérapique de l'onychomycose, par C. Pellizzari (*Sperimentale*, novembre-décembre 1906). — Parmi les nombreux teigneux, tricophytiques ou faviques, soumis pendant ces deux dernières années au traitement radiothérapique par Pellizzari, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Ecole supérieure de médecine de Florence, plusieurs présentaient de l'onychomycose qui fut également traitée par les rayons X et cela avec un résultat ne laissant rien à désirer. Dans une récente séance de l'Académie des sciences médicales et physiques de Florence, l'auteur a rendu compte des effets de la radiothérapie de l'onychomycose chez trois malades — ceux-ci purent suivre un traitement méthodique — dont il présenta deux.

L'un de ces cas concerne une fillette atteinte de trichophytie du cuir chevelu avec onychomycose trichophytique du médius droit. En l'espace de quatre mois, elle subit sept séances radiothérapiques (distance de l'anticathode 15 centimètres, longueur des étincelles 16 à 20 centimètres, qualité des rayons 6 ou 7, durée de la séance vingt à cinquante minutes, unités absorbées à chaque séance 4 à 7 1/2 H.). Réclamée par sa commune, cette enfant fut obligée de cesser le traitement avant la guérison complète, mais à ce moment l'ongle avait déjà récupéré l'apparence normale presqu'entièrement.

Dans le second cas, il s'agissait d'onychomycose de l'annulaire gauche chez une petite fille atteinte de teigne favique. Elle subit, en cinq mois, six applications de rayons X dans les mêmes conditions que la malade précédente. L'ongle est redevenu tout à fait normal et les examens microscopiques répétés ont toujonrs donné des résultats négatifs.

La troisième observation se rapporte à une onychomycose du médius droit chez une fillette atteinte de trichophytie du cuir chevelu. La guérison fut obtenue ici en neuf séances radiothérapiques espacées au cours de cinq mois.

Ces observations permettent de se rendre compte des avantages du traitement radiothérapique de l'onychomycose. Ce procédé amène, sans douleurs ni réaction d'aucune sorte, la transformation de l'ongle malade en un ongle absolument sain, ne présentant ni trace de difformité, ni rugosité, ni opacité.

V. de Holstein.

Sur la méthode de Bier dans le traitement des ulcères atoniques et phagédéniques des membres, par M. Bruas (*Marseille médical*, 15 janvier 1907). — Ce traitement, de l'avis de l'auteur, est d'une grande efficacité dans les phlegmons, les lésions carionécrosiques des ulcères atoniques. Voici comment ce traitement est institué dans ces affections : à huit centimètres environ au-dessus du foyer malade, on enroule une bande de caoutchouc serrée pour produire au-dessous d'elle un œdème accentué et suffisamment lâche pour ne pas mettre obstacle à l'afflux du sang artériel. La bande est maintenue fixée par une pince hémostatique ; la durée de l'application variant de deux à vingt heures suivant l'état de la lésion et la tolérance du malade. Elle est, en général, bien supportée et parfois même supprime totalement la douleur.

Dans un cas, il s'agissait d'une ulcère

recouvrant le bord du pied droit et une partie de la face dorsale. Les tendons du jambier antérieur, de l'extenseur du gros orteil, le ligament annulaire dorsal, l'artère pédieuse, le nerf tibial antérieur étaient à nu. L'odeur était repoussante. Application de la bande élastique au-dessus des malléoles pendant dix heures sans repos ; curettage dix minutes après l'enlèvement de la bande. Ce curettage est à peu près indolore. Lavage au lysol, puis, dans l'intervalle grands pansements avec la solution d'aniodol au 1/100.

Comme traitement général, 5 grammes de poudre de quinquina, pris chaque matin à jeun. Quinze jours après le malade quittait l'hôpital entièrement guéri.

L. JUMON.

Maladies des Voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Opération à lambeau préputial pour hypospadias pénio-scrotal, par DONNET (*Bull. de la Soc. de chir.*, 11 décembre 1906). — Cette opération consiste à couper un lambeau préputial circulaire large de 1 centimètre et long de 3 à 5 centimètres. Le pédicule du lambeau reste adhérent au gland au niveau du frein. Il est ensuite dédoublé par décollement, d'un côté la peau et de l'autre la muqueuse ; mais le dédoublement n'est pas complet, il s'arrête au niveau du bord du prépuce où la muqueuse s'unit à la peau : le dédoublement se fait, en somme, comme si l'on décollait deux feuillets d'un livre. On a ainsi un lambeau de 2 centimètres de large ayant une face cruentée et une face cutanéo-muqueuse : il est enroulé et fixé autour d'une sonde comme la greffe du procédé Nové-Josserand, face cruentée en dehors.

Ce canal néoformé est alors introduit sur la sonde n° 15, dans un tunnel creusé dans l'épaisseur de la verge ; il est suturé au bord de l'orifice scrotal avivé. Le pédicule n'est sectionné que plus tard, lorsque la vitalité du lambeau est assurée.

Ce procédé a l'avantage de fournir une greffe bien nourrie par son pédicule ; la surface interne du canal ne présente pas de système pileux : enfin on aurait de très grandes chances d'éviter la fistule au niveau de l'abouchement.

M. DESCHAMPS.

Sur le traitement des déchirures de l'urètre membraneux, par BAZY (*Bull. de la Soc. de chir.* 19 décembre 1906).— A propos de deux observations de rupture de l'urètre membraneux par fracture du bassin, l'auteur rappelle qu'il faut opérer tout de suite et ne pas attendre les complications ordinairement graves (phlegmon diffus du petit bassin, etc...). Il faut, avant de prendre le bistouri, faire le diagnostic avec la rupture de la vessie ; car si l'urètre est seul déchiré, il faut inciser d'abord le périnée, cette incision peut suffire soit médiane, soit prérectale ; on ne doit faire la taille hypogastrique que si le bout postérieur ne peut être retrouvé, afin de le repérer par le cathétérisme rétrograde.

Dans les ruptures traumatiques de la vessie, il n'y a pas d'urétrorrhagie ; de plus, si on introduit une sonde dans la vessie, elle ramène un peu d'urine sanguinolente.

Dans un cas où l'on n'avait pu faire qu'un méat hypogastrique deux jours après l'accident, en plein milieu d'un phlegmon diffus du petit bassin, l'auteur refit plusieurs mois après un urètre postérieur sur la sonde de Farabeuf introduite par la vessie d'arrière en avant ; le canal fut reconstitué autour de la sonde par une suture profonde du périnée au catgut. Il fut obligé, en outre, de faire une urétrotomie interne sur la portion antérieure qui présentait un rétrécissement d'origine blennorragique.

M. DESCHAMPS.

Traitement de l'épidydimite blennorragique, par SCHINDLER (*Deutsche med. Wochenschrift*, 20 *décembre* 1906). — L'auteur, en limitant ses recherches aux seuls cas graves, a fait une étude comparative entre les résultats obtenus par deux méthodes modernes, la ponction et l'hyperémie par stase.

1° *Ponction* : L'auteur est intervenu dans une série de cas présentant de la fièvre et des douleurs intenses. Les résultats thérapeutiques furent excellents, même en cas de ponction blanche. Il faut à chaque séance faire des ponctions multiples, la première sur le point qui semble le plus fluctuant, les autres autour de ce point. De suite après la séance, les douleurs disparaissent et souvent même la sensibilité à la pression : la fièvre tombe par crise ou lysis et la résorption est activée d'une façon remarquable.

La ponction est pour ainsi dire indolore et n'exige pas d'anesthésie, même locale : l'aspiration ne l'est pas davantage. Après l'intervention, on fait un pansement humide et l'on place un suspensoir qu'on recouvre de sacs de sable chauds ou appareils analogues.

L'auteur n'a jamais enregistré de réaction, fébrile ou autre, après la ponction.

La durée du traitement est abrégée de moitié, ainsi que le démontrent les tableaux comparatifs publiés par l'auteur (20 cas graves avec traitement classique et 21 avec ponction).

2° *Hyperémie par stase.* L'auteur ne peut donner des résultats concluants, parce que plusieurs cas traités ne présentaient aucune gravité. Le traitement exige en tout cas une grande patience et des soins minutieux. Si l'application de la bande est bien faite et ne provoque pas de douleurs, on peut la laisser 22 à 30 heures en place. Cette application n'a aucun inconvénient. Mais les douleurs peuvent réapparaître au cours de l'application et ne pas céder de suite; avec la ponction, le résultat obtenu est immédiat.

En résumé l'auteur préfère la ponction aux deux autres méthodes, car elle ne nécessite pas l'hospitalisation comme la méthode de Bier. La ponction faite dans tous les cas a, du reste, montré que la présence du pus est très fréquente et que l'évacuation de ce pus est conforme aux principes de la bonne chirurgie.

E. Vogt.

Prostatectomie transpérinéale et transvésicale (*Soc. de chir.*, 30 janv. 1907). — Malgré la mortalité légèrement plus élevée par la *voie transvésicale*, MM. Pousson (de Bordeaux) et Carlier (de Lille) viennent déclarer que l'on doit accorder la préférence à cette voie d'extirpation de la prostate. Elle permet en effet l'ablation complète et sans morcellement ni difficultés d'aucune sorte de la glande hypertrophiée. M. Carlier conseille de faire autour du col vésical une incision demi-circulaire ; l'incision transversale simple a pu empêcher un malade d'uriner après l'opération.

Traitement radiothérapique de l'hypertrophie de la prostate, par Tansard et Fleig (*Annales des mal. des org. gén. ur.*, 15 décembre 1906). — La radiothérapie agit en atrophiant la prostate ; elle répond au but de certaines opérations préconisées autrefois : la castration et la résection du canal déférent.

Dans deux cas, les auteurs ont observé une diminution du volume de la prostate et du résidu vésical. L'application des rayons fut faite au niveau du périnée à l'aide d'un tube inclus dans un localisateur dont l'ouverture est diaphragmée par un cylindre de verre plombifère, imperméable aux rayons X : le faisceau était ainsi localisé au périnée sur une surface circulaire de 5 centimètres de diamètre. Les séances doivent être espacées de 15 à 20 jours, et l'intensité ne pas dépasser 5 unités de Holzknecht : les rayons marquaient 7 au radiochromomètre de Benoist. Les lésions de radio-dermite sont traitées par des pansements humides à l'alun à 1/100.

Ce procédé de traitement est indiqué toutes les fois que la prostatectomie est dangereuse ou refusée, chez les prostatiques jeunes, chez ceux qui n'ont pas besoin d'être guéris rapidement, chez les prostatiques très âgés, ou ceux qui ont des lésions rénales ou un état général très mauvais.

M. Deschamps.

L'huile cocaïnée chez les urinaires, par Bonneau (*Annales des mal. des org. gén. ur.*, 17 janvier 1907). — L'anesthésie locale de l'urètre par les solutions aqueuses de cocaïne est de courte durée, et insuffisante pour une opération un peu prolongée (urétrotomie, dilatation au Kollmann) ; d'autre part, on ne peut instiller à nouveau de la cocaïne dans le canal, l'huile qui a lubréfié l'instrument l'empêcherait d'agir sur la muqueuse : il y a donc avantage à employer une huile ayant des propriétés anésthésiques.

Comme le chlorhydrate de cocaï ne est insoluble, l'auteur a eu l'idée d'employer la cocaïne alcaloïde qui est soluble dans l'huile d'olive, au titre ordinairementemployé, c'est-à-dire au centième ou au cin-e quantième. L'huile d'olive est lavcé aavec son volume d'alcool pour la débarrasser de son acide oléique, elle est ensuite stérilisée et on y ajoute aseptiquement la cocaïne ; on pourrait stériliser la solution toute préparée, mais il n'est pas sûr que la chaleur n'altère pas la cocaïne.

M. Deschamps

Guérison d'une néphrite aiguë par la saignée au pied, par le professeur Baccelli-

(*Policlinico*, 1907, fasc. 1). — D'après l'auteur, la saignée au pied (veine pédieuse) constituerait le traitement le plus efficace de la néphrite aiguë. Elle agirait en décongestionnant les reins, en améliorant leur circulation et serait à cet égard comparable à la décortication rénale, si vantée dans ces derniers temps, sur laquelle elle présenterait toutefois l'avantage, non seulement d'une intervention très simple et dépourvue d'inconvénients, mais aussi d'une plus grande efficacité.

L'article que nous analysons ici n'est que le résumé d'une leçon clinique de Baccelli, au cours de laquelle il a présenté un malade guéri d'une néphrite aiguë par le procédé de la saignée au pied. Deux phlébotomies furent faites dans ce cas, chacune de 200 grammes. Après la première, la diurèse augmenta sensiblement et l'urine devint moins sanguinolente, moins albumineuse, plus pauvre en éléments figurés. A la suite de la seconde saignée, pratiquée le lendemain, l'urine, dont le taux augmenta encore reprit sa couleur et sa limpidité normale et n'accusa plus que des traces d'albumine. Bientôt après, la guérison était complète.

Il va de soi que le traitement par la saignée au pied ne dispense pas de l'emploi du régime lacté et que, d'autre part, la phlébotomie de la veine pédieuse ne saurait avoir aucun effet dans la néphrite chronique. Elle n'est donc indiquée que dans le mal de Bright aigu où, pratiquée aussitôt que possible, elle empêche la néphrite aiguë de se transformer en néphrite chronique.

V. DE HOLSTEIN.

Néphrectomie pour hydro-hématonéphrose calculeuse, par PICQUÉ (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1er janvier 1907). — A propos d'un cas de néphrectomie pour hydro-hématonéphrose calculeuse avec hématuries très abondantes, présenté par Auvray, l'auteur insiste sur le jour donné par l'incision de Grégoire qui a permis, ici, d'enlever le rein très volumineux, de disséquer la veine cave et l'uretère. Il pense que ce procédé est indiqué dans toutes les néphrectomies pour cancer, il permet d'enlever les ganglions et la capsule adipeuse souvent atteinte microscopiquement par le processus néoplasique.

Cette incision comprend une incision verticale suivant la ligne axillaire antérieure, aux extrémités de laquelle on vient raccorder deux incisions, l'une faite le long du rebord de la cage thoracique et l'autre parallèle à l'arcade de Fallope, à un doigt au-dessus d'elle ; le malade est en position dorso-latérale cambrée. L'incision est faite jusqu'au péritoine exclusivement, celui-ci est décollé de la face antérieure du rein et de l'uretère et récliné en dedans avec l'intestin par de grands écarteurs.

M. DESCHAMPS.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL,
Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité.

De l'intervention dans la gangrène des fibromes utérins, par E. TÉDENAT (*Revue pratique de gynécologie*, janvier 1907). — La suppuration et la gangrène sont des complications graves, mais heureusement rares des fibromyomes utérins. Ce sont surtout les fibromes sous-muqueux qui sont exposés à cette complication.

L'infection y est portée directement par le doigt ou par des instruments, ou bien elle se localise sur l'utérus myomateux à la suite d'une infection générale : choléra, pneumonie, dysenterie, fièvre typhoïde. Cette localisation devient une complication très grave qu'il s'agit de combattre.

Pour intervenir, on désinfectera le vagin par un long savonnage, des irrigations avec une solution chaude de lysol à 10 p. 1000, de sublimé à 1/3000. L'auteur préfère le lysol qui, grâce à sa réaction alcaline, déterge et donne de l'onctuosité aux parois vaginales. Le col est badigeonné avec de la glycérine iodée à 1/50. On peut substituer à cet excellent topique l'eau oxygénée, la solution normale de formol diluée dans dix fois autant d'eau bouillie.

Le corps utérin soutenu par une main étalée, l'index de l'autre main pénètre dans la cavité utérine et l'explore, pour préciser le point d'insertion du myome et l'état de sa portion proximale. Si le pédicule est un peu long, si la portion centrale est restée ferme, c'est-à-dire exempte de lésions graves, on sera à peu près certain d'obtenir un bon résultat par la section du pédicule. Si celui-ci est court et si la tumeur sessile à sa portion adhérente encore ferme et non gangrenée, l'intervention par la voie vaginale pourra donner un succès.

Le vagin et le col sont désinfectés. On saisit le col avec une pince à griffes, on introduit le dilatateur et on fait une irrigation à faible pression avec la solution de lysol ou la solution iodo-iodurée à 5 p. 1000. Si le myome gêne l'abord du pédicule, on l'excise à grands coups de ciseaux. En se guidant sur le doigt ou sur la pince, on sectionne le pédicule aussi haut que possible. Nouvelle irrigation suivie de badigeonnage à la glycérine iodée à 1/50, curettage, nouveau lavage et badigeonnage, enfin bourrage à la gaze iodoformée. Si la cavité utérine est trop agrandie, on introduit un gros drain autour duquel on applique des lanières de gaze iodoformée. On tamponne le vagin.

Le pansement est changé au bout de deux ou trois jours. Dans la suite, de simples injections vaginales sont toujours suffisantes. Si le myome est sessile et les lésions superficielles, on donnera la préférence à la voie vaginale, sauf lorsque l'infection a gagné le paramètre ou les annexes. Le diagnostic ne pourra guère être fait qu'à l'aide de l'anesthésie générale et, dans ce cas, il faudra tout préparer pour une hystérectomie abdominale. Mais la voie vaginale est préférable lorsque le processus gangréneux a respecté les plans externes de la paroi utérine et que les organes périutérins ne sont pas trop gravement infectés.

L. Jumon.

Fistule urétéro-vaginale guérie par la sonde urétérale à demeure, par Jeanbrau (*Bull. de la Soc. de chir.*, 19 décembre 1906). — Il s'agit d'une malade qui subit d'abord une colpotomie pour collection suppurée du cul-de-sac de Douglas; quatre jours après elle commença à perdre ses urines par le vagin. La fistule urétérale devait être consécutive à une destruction du canal et non pas à un coup de bistouri maladroit, car la colpotomie avait consisté en une simple incision de la muqueuse suivie d'un effondrement au doigt.

Quoiqu'il en soit, la séparation montra qu'il s'agissait d'une fistule de l'uretère gauche, on mit une sonde urétérale à demeure n° 8, à l'aide du cystoscope à vision directe de Luys et six jours après on l'enleva; depuis un an et demi la malade n'a pas reperdu ses urines.

Pendant qu'elle avait la sonde demeure on lui enleva l'utérus et les annexes; on ne put trouver l'uretère malgré la sonde qu'il contenait.

Bazy, rapporteur de cette observation, signale qu'il observa une fois une fistule urétéro-utérine consécutive à une hystérectomie abdominale subtotale, l'urine s'écoulait dans le vagin par l'orifice du moignon du col. Cette fistule se ferma spontanément, probablement par suite du processus de cicatrisation du canal du col utérin énergiquement cautérisé au cours de l'opération.

Dans les deux cas la conservation du rein était indiscutable.

M. Deschamps.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

L'anémie à type chlorotique de la première enfance par M. E. Leenhart (*Revue des maladies de l'enfance*, t. XXV, janv. 1907 pp. 26-32). — L'anémie chlorotique de la première enfance s'observe en général chez les nourrissons de douze à dix-huit mois et elle est caractérisée par les signes suivants: début insidieux, pâleur de la peau et des muqueuses, persistance de l'embonpoint, chairs molles et flasques, souvent bruit de souffles (souffles doux, systoliques ou mésosystoliques, souffles veineux), troubles digestifs (appétit capricieux, constipation, parfois vomissements), troubles nerveux apathie, mouvement fébrile continu (Marfan), ganglions cervicaux, axillaires ou inguinaux, absence d'augmentation de volume du foie et de la rate. L'examen du sang montre un notable abaissement du taux de l'hémoglobine et de la valeur globulaire.

Cette affection est, d'après M. Leenhardt, comparable à l'anémie chlorotique de l'adulte, et guérit rapidement sous l'influence du traitement ferrugineux. P. Sée.

L'anémie scolaire et la chlorose du nourrisson par M. R. Romme (*Presse médicale* n° 1, 2 janv. 1907 p. 5). — La chlorose des nourrissons débute en général dans les premiers mois qui suivent la naissance. Elle est caractérisée par la pâleur de la peau et des muqueuses qui va toujours en s'accentuant. L'embonpoint persiste le plus souvent. L'auscultation du cœur démontre l'existence de souffles inorganiques, systoliques ou

mésosystoliques, et celle des vaisseaux du cou révèle un souffle veineux. L'appétit est capricieux ; on observe le plus souvent de la constipation, avec des alternatives de diarrhée, des vomissements et des troubles nerveux (apathie, sommeil agité). L'examen du sang montre une formule hématologique identique à celle de la chlorose de la puberté : nombre normal de globules rouges, abaissement notable du taux de l'hémoglobine et de la valeur globulaire, augmentation légère des hématoblastes.

Il importe de faire un diagnostic exact de l'affection, car le traitement en dépend : on éliminera les anémies symptomatiques dues à la syphilis, la tuberculose, le rachitisme, la gastro-entérite, etc.

L'anémie scolaire ou chlorose scolaire est identique à la chlorose du nourrisson. Avant d'affirmer le diagnostic de chlorose scolaire, on s'assurera que l'anémie dont souffre le malade n'est pas due à une albuminurie cyclique ou à une myocardite, etc.

La chlorose de l'adolescent, de même que celle du nourrisson, est rapidement amendée par le traitement ferrugineux. On peut obtenir la guérison en une ou deux semaines.

Dr P. Sée.

Pharmacologie.

Dr E. Vogt,

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Le viscolan, par Klug (*Deutsche med. Wochenschrift*, 20 *décembre* 1906). — Ce produit, obtenu en traitant par une série de réactifs la glu extraite de l'écorce du gui, constitue un excipient pour pommades, qui présente de grands avantages. Le viscolan a la consistance du miel : il est vert-jaunâtre, gluant et peut en conséquence être appliqué sur toute espèce de surface privée d'épiderme : on peut, par exemple, étaler une couche adhérente de viscolan sur une surface couverte de granulations, sans aucun inconvénient.

Le produit ne rancit pas et on peut lui incorporer les médicaments les plus variés. Appliqué sur des brûlures, il fait disparaître de suite les douleurs et favorise la guérison, car il n'est absolument pas irritant.

L'auteur traite les ulcères de jambe, brûlures, etc., de la façon suivante : on commence par un savonnage minutieux, on essuie, puis on applique une couche d'un topique pulvérulent (xéroforme, dermatol, etc.) : par dessus, on étale une couche de viscolan : le produit est livré en tubes. On termine par un pansement sec.

Si la plaie sécrète beaucoup, on renouvelle le pansement le lendemain : au bout de trois à cinq jours, l'épidermisation commence; on prendra à ce moment de grandes précautions en savonnant. On n'observe jamais de rétention des sécrétions, le viscolan semble résorber activement ces dernières : il n'adhère pas au pansement et il n'y a pas lieu de craindre d'arracher le topique au moment où on panse à nouveau.

E. Vogt.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Conférence de la Société des amis de l'Université de Paris. — Depuis quelques années, sous la présidence de M. Casimir Périer, la Société des amis de l'Université organise des conférences à la Sorbonne. Huit conférences seront organisées en 1907. Elles auront lieu le jeudi à 9 heures dans l'amphithéâtre Richelieu. La première a été faite par M. le professeur Blanchard, de la Faculté de Médecine, sur la maladie du sommeil. La conférence du 21 février sera faite par M. le professeur Segond qui a pris comme sujet : La chirurgie au XIXe siècle.

Salpêtrière. — Professeur Raymond. Cours complémentaire et pratique d'anatomie pathologique — M. Alquier, chef des travaux anatomiques, commencera ce cours le 25 février, à 5 heures.

Programme. — 1re et 2e leçons : Technique générale ; 3e leçon : Lésions inflammatoires,

aiguës et chroniques ; 4e leçon : Altérations des tissus conjonctif, cartilagineux et osseux ; 5e leçon : Altération des muscles ; 6e leçon : Altérations des épitheliums ; 7e leçon : Tuberculose et syphilis ; 8e leçon : Tumeurs bénignes ; 9e leçon : Sarcomes conjonctifs ; 10e leçon : Cancer ; 11e leçon : Lésions de l'appareil circulatoire ; 12e leçon : Lésions de l'appareil respiratoire ; 13e Leçon : Lésions de l'appareil digestif ; 14e leçon : Lésions du foie, des voies biliaires, du pancréas, des voies salivaires ; 15e leçon : Lésions de l'appareil urinaire ; 16e leçon : Lésions de l'appareil génital ; 17e leçon : Lésions des organes lymphoïdes, de la rate et de la moelle osseuse ; 18e leçon : Lésions des glandes à sécrétion interne ; 19e leçon : Technique générale du système nerveux. Méthode de Nissl. Lésions des cellules nerveuses ; 20e leçon : Dissociation, Méthode de Weigert-Pal et de Marchi. Méthode de Ramon y Cajal. Dégénérescence wallérienne. Névrites ; 21e leçon : Inflammation du tissu nerveux (encéphalites, myélites). Ramollissement cérébral, myélomalacie ; 22e leçon : Tuberculose des centres nerveux. Compressions de la moelle, dégénération des principaux faisceaux blancs ; 23e leçon : Syphilis nerveuse. Tabes. Paralysie générale ; 24e leçon : Syringomyélie. Sclérose en plaques. Sclérose latérale amyotrophique. Le cours aura lieu tous les jours. Le laboratoire sera ouvert, aux élèves qui voudront y travailler, tous les jours, de neuf heures à midi et d'une heure et demie de l'après-midi à cinq heures et demie. Les matériaux d'études, réactifs et instruments nécessaires seront mis gratuitement à leur disposition.

Le droit à verser est fixé à 80 francs. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser, le matin, au docteur Alquier, à la Salpêtrière.

Hôpital Boucicaut. — Cours pratique et théorique de gynécologie. — M le Dr Doleris, chef de service, a commencé un cours pratique et théorique de maladies des femmes le 11 février, à 9 heures ; et le continuera les dimanches, lundis, mercredis et vendredis suivants.

La durée du cours complet est d'un mois.

Les inscriptions seront reçues à l'hôpital Boucicaut et sont limitées à quinze élèves au maximum.

Fête de bienfaisance. — Les étudiants du P. C N., dans le but charitable de venir en aide à leurs camarades peu fortunés, organisent le jeudi 21 février, une soirée théâtrale suivie de bal, à 9 heures, à l'Hôtel Continental. Ils se sont assuré le gracieux concours des principaux artistes de Paris. Cette fête, qui paraît devoir être des plus intéressantes, est placée sous le haut patronage de M. Briand, ministre de l'Instruction publique, de M. Appel, doyen de la Faculté des Sciences et de M. le professeur Pozzi. — Prix du billet 10 francs. S'adresser à l'Hôtel Continental.

BIBLIOGRAPHIE

La Chirurgie enseignée par la Stéréoscopie. Envoi franco d'une plaque spécimen contre 1 franc en timbres-poste. Le texte explicatif de chaque opération se vend séparément 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

M. Camescasse a montré tout le parti que l'on pouvait tirer de la photographie appliquée aux différents temps des opérations chirurgicales. Ses séries d'épreuves stéréoscopiques, parfaitement exécutées, présentent un grand intérêt et font assister à toutes les phases successives d'un certain nombre d'interventions.

Cela constitue, lorsque l'on veut se rappeler le manuel opératoire détaillé de certaines pratiques, un document des plus utiles et des plus fidèles à consulter.

En constatant la netteté, la précision, le *relief*, le respect des dimensions réelles que l'on peut obtenir par la photographie combinée avec la vision binoculaire, il a semblé aux Drs Camescasse et Lehman qu'il y aurait un avantage considérable à remplacer les dessins ou les photographies, tels qu'ils figurent actuellement dans les ouvrages spéciaux, par des vues stéréoscopiques prises au cours même d'une opération et en reproduisant tous les temps.

Avec ces stéréoscopies, il est possible de « faire voir » aussi nettement que dans la réalité, de « faire comprendre », et par conséquent d'*apprendre* une opération à un médecin ou à un étudiant sans y assister. C'est là une forme nouvelle de l'enseignement de la chirurgie qui se présente pour la première fois au public.

Voici la liste des dix opérations :

I. Cure radicale de la hernie inguinale, 32 plaques (35 fr.). — II. Hystérectomie vaginale, 29 plaques (32 fr.). — III. Laparotomie pour lésion unilatérale, 17 plaques (20 fr.). — IV. Curettage, 24 plaques (26 fr.). — V. Hystéropexie abdominale, 28 plaques (32 fr.). — VI. Amputation du sein, 20 plaques (22 fr.). — VII. Amputation de jambe, 27 plaques (30 fr.). — VIII. Appendicite, 34 plaques (38 fr.). — IX. Lipomes, 24 plaques (26 fr.). — X. Hygroma sous-tricipital, 25 plaques (28 fr.).

Traité de Gynécologie clinique et opératoire, par S. Pozzi, professeur de gynécologie à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Broca, membre de l'Académie de médecine. Quatrième édition revue et augmentée, avec la collaboration de F. Jayle. 2 vol. grand in-8°, formant ensemble XVI-1.500 pages avec 894 figures dans le texte, reliés toile, 40 francs.

Vient de paraître : Tome second. 1 vol. grand in-8°, de 735 pages, avec 368 figures dans le texte, relié toile (Masson et Cie, éditeurs), 15 francs.

Ce *Traité de Gynécologie* parut en 1890. Depuis lors, deux éditions ont été successivement publiées. Aucune d'elles n'avait apporté de modifications profondes dans l'œuvre primitive. Il n'en est pas de même de celle-ci. Les derniers progrès de la technique chirurgicale ont été tels qu'il a paru nécessaire de refondre presque entièrement les chapitres relatifs au traitement. Le professeur Pozzi s'est aussi attaché à formuler plus nettement les indications opératoires et à conseiller le choix de tel ou tel procédé dont l'expérience lui a démontré la supériorité. On peut donc dire que ce livre a, dans sa nouvelle forme, un caractère plus personnel et plus original que par le passé. L'anatomie pathologique a également dû être complètement remaniée et mise à la hauteur de nos connaissances actuelles. Le texte a été sensiblement augmenté ; le nombre des figures a été accru dans de très grandes proportions et la plupart de ces additions sont inédites. C'est donc véritablement un livre nouveau qui obtiendra auprès du public médical le succès incontestable qu'ont remporté les précédentes éditions.

Le tome II, qui vient de paraître, contient les chapitres suivants : Des troubles de la menstruation ; inflammation des annexes de l'utérus ; péri-métro-salpingite ; kystes de l'ovaire ; tumeurs solides de l'ovaire ; tumeurs des trompes et des ligaments ; tuberculose génitale ; hématocèle pelvienne ; grossesse extra-utérine ; vaginites ; tumeurs du vagin ; fistules vaginales ; vaginisme ; déchirures du périnée ; inflammation ; œdème, gangrène ; érysipèle, eczéma, herpès de la vulve ; esthiomène de la vulve ; tumeurs de la vulve ; kystes et abcès des glandes de Bartholin ; prurit vulvaire, coccygodinie ; plaies de la vulve et du vagin, sténoses et atrésies acquises, corps étrangers ; leucoplasie ; kraurosis vulvæ ; malformations des organes génitaux ; accidents de rétention consécutifs aux atrésies génitales ; index analytique ; table des noms propres.

L'Enfant. — Organes du nouveau-né ; leurs fonctions pendant l'enfance ; la croissance, par P. Bézy, professeur de clinique infantile à la Faculté de médecine de l'Université de Toulouse. — 1 fr. 25. (Librairies J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, et Privat, 14, rue des Arts, à Toulouse.)

L'auteur a résumé, en quelques pages, l'ensemble des notions qui font le plus souvent défaut à ceux qui débutent dans l'étude des maladies de l'enfance. L'état de l'organe et de la fonction pendant le jeune âge, les conséquences qui en résultent au point de vue prophylactique et thérapeutique, tel est le résumé de cet ouvrage, qui est une introduction à la clinique infantile, dont la lecture évitera bien des difficultés et bien des recherches aux débutants dans cette branche difficile de la médecine.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant :* R. BLONDEL

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Le paludisme à Madagascar. — M. Kermorgant a donné à l'Académie des détails sur l'épidémie de paludisme qui a régné en 1906 sur les hauts plateaux de Madagascar et plus particulièrement en Emyrne, aux environs immédiats de Tananarive. Cette épidémie a pris une extension sans précédents; elle n'a pas éclaté brusquement, mais une augmentation progressive et très rapide des cas de malaria la laissait pressentir. En effet, depuis 1901, le nombre des décès causés à Tananarive par cette endémie, allait s'accroissant chaque année.

Le chiffre de la population touchée par la maladie s'élevait à 274.487 habitants parmi lesquels le nombre des décès causés par le paludisme a été de 13.756, ce qui donne un pourcentage de 5 décès pour 100 habitants.

Depuis que le paludisme a commencé à sévir, sur les parties élevées de la Grande-Ile, on s'est efforcé d'en rechercher les causes. On a émis à ce sujet différentes opinions, les uns voient dans l'anophèle l'unique cause de la propagation de la maladie, les autres l'attribuent aux influences telluriques provoquées par les grands travaux publics auxquels ont été astreints les indigènes; d'autres, enfin, incriminent la misère physiologique de nos sujets.

Ces trois opinions, en apparence opposées, sont cependant loin de s'exclure, et dans chacune d'elles il y a une part de vérité. Il est un fait indéniable, c'est que l'anophèle propage le paludisme et qu'il a augmenté dans de notables proportions sur les Hauts-Plateaux depuis quelques années. La misère des habitants est incontestable depuis l'occupation; avant la conquête, ils ne faisaient rien ou presque rien; aujourd'hui, ils sont obligés de travailler pour vivre. Or, ils n'ont rien changé à leurs habitudes; les habitations, les vêtements, l'alimentation, sont restés les mêmes et cependant les fatigues ne sont plus en rapport avec le régime peu substantiel qui suffisait jadis à leur entretien.

Quoi qu'il en soit, l'administration prit, dès le mois de janvier 1906, des mesures énergiques pour combattre le fléau; elle ne pouvait songer à pétroler les rizières et à protéger mécaniquement les habitations, ce qui eût entraîné le budget de la colonie à des dépenses de plusieurs dizaines de millions qu'il n'était pas en état de supporter.

On s'arrêta à une prophylaxie plus simple, moins coûteuse et qui produisit néanmoins d'excellents résultats. On se mit d'abord en mesure de mettre les populations menacées en meilleur état de résistance, en d'autres termes, de diminuer leur susceptibilité au paludisme, en améliorant leurs conditions d'existence et en veillant à leur hygiène. Les habitations furent nettoyées et blanchies à la chaux, des distributions journalières de riz

et de viande furent faites pendant trois mois à 4.000 indigents, des vêtements chauds, des couvertures, des moustiquaires, furent également mis à leur disposition; enfin, de larges délais furent consentis par la rentrée des impôts.

En même temps, les visites médicales étaient multipliées, des dépôts de quinine étaient établis dans tous les centres de la colonie. Le prix du gramme de ce médicament fut fixé à 5 centimes pour les Européens et pour les indigènes. Les indigents le reçurent gratuitement.

La quinothérapie a été la seule arme employée pour combattre le paludisme. Elle a donné dès résultats remarquables dans tous les milieux où elle a été appliquée d'une façon continue. C'est à l'application rigoureuse de cette méthode, que l'on doit de n'avoir enregistré que 3 décès paludéens dans la population européenne, civile ou militaire.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE

Par **F. Le Dantec**, chargé des cours d'embryologie à la Sorbonne.

1 volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte..... 15 fr.

Le Traitement des affections du Cœur

Par l'exercice et le mouvement

Par le Dr **F. Lagrange.**

1 volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une autre hors texte..... 6 fr.

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE

Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse.

1 volume in-8°, avec graphiques..... 5 fr.

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Étude de Psychologie Physiologique et Pathologique

Par le Dr **E. Gley**,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la Chaire de Physiologie général au Muséum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine

Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel.

1 vol. in-8°..... 5 fr.

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

Par Allyre CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

1 vol. grand in-8° avec gravures..... 10 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'INSUFFISANCE TRICUSPIDIENNE

Leçon clinique

Par le professeur ALBERT ROBIN.

I

Il y a quelques jours, nous nous arrêtions chaque matin auprès du lit d'une malheureuse femme de cinquante-quatre ans, dont le visage anxieux, les yeux injectés et larmoyants, la respiration brève et fréquente inspiraient la commisération la plus profonde. Si on la découvrait, on la voyait entièrement infiltrée, les membres ayant atteint des proportions quasi éléphantiasiques. Si l'on essayait de prendre son pouls, on ne percevait sous le doigt qu'une vague ondulation; je ne parle pas de l'auscultation cardiaque rendue tout à fait illusoire par les ronchus sonores qui emplissaient la poitrine. Quoi qu'il en fût, aucun d'entre nous n'hésitait à porter chez cette femme le diagnostic d'asystolie. Le fait était au-dessus de toute contestation ; il ne s'agissait plus que de rechercher le point de départ de cette détresse cardiaque.

C'est ici que surgissaient des difficultés nombreuses. En effet, Messieurs, que signifie ce mot d'asystolie ? Correspond-il à une entité morbide nettement définie; en un mot, est ce une maladie, au même titre que la pneumonie ou la pleurésie ? Assurément non. — L'asystolie, tout le monde est d'accord sur ce point, n'est qu'un symptôme, ou, ainsi qu'on le dit maintenant, un syndrome, c'est-à-dire une réunion de symptômes plus ou moins divers. Mais si l'opinion des médecins est unanime sur le fait clinique, le dissentiment, en revanche, est aussi profond lorsqu'il s'agit d'établir la pathogénie de l'asystolie.

Dans quelques instants, je tenterai de vous expliquer comment, à mes yeux, doit être comprise l'asystolie, et je le ferai surtout en m'appuyant sur les recherches de ces dernières années, et, en particulier, sur celles qui ont eu pour but de déterminer ce qu'il faut entendre sous le nom de *myocardite*.

C'est qu'en effet la malade dont il me reste à vous dire l'histoire clinique appartenait, en partie du moins, à la myocardite, et cette dernière même tenait si bien le premier plan de la scène pathologique, que des lésions importantes nous ont échappé, et que ce n'est qu'à l'autopsie que notre jugement a pu être bien et définitivement établi.

La difficulté avec laquelle nous avons été aux prises est du domaine courant de la clinique et c'est pour ce motif, Messieurs, que je saisis l'occasion offerte par la mort rapide de la malade, pour vous entretenir de cette vaste question, encore bien obscure, des myocardites et de leur importance dans la genèse des accidents ultimes des maladies du cœur, accidents qu'on englobe sous le nom générique d'asystolie.

Mais revenons à notre malade. Agée de cinquante-quatre ans, blanchisseusse, elle se présentait dans nos salles le 5 août ; elle nous apprenait que jamais elle n'avait été sérieusement malade. Depuis un an, cependant, tout travail actif lui devenait pénible et bientôt après impossible, car des palpitations intenses survenaient sous l'influence du plus minime effort. De plus, une extraordinaire obésité, qui remonte déjà à dix ans, a fait des progrès incessants, et c'est à cet embonpoint que la malade a rapporté la dyspnée habituelle dont elle se plaint. Sous l'influence du repos, les phénomènes s'amendaient *en partie*, mais elle conservait *toujours* une gêne précordiale, une lourdeur et, fréquemment, sans cause connue, éclataient la nuit des palpitations et des accès d'oppression.

C'est dans ces circonstances qu'il y a quinze jours elle remarqua que le soir, après une journée de travail, ses jambes enflaient. Quoique depuis lors elle se soit mise au repos le plus complet, l'œdème, loin de diminuer, a augmenté considérablement. La dyspnée, qui n'existait jadis qu'à l'occasion de mouvements intentionnels, se produit maintenant au repos ; de nocturne, elle est devenue diurne, et la malade n'a plus un seul instant de calme complet. Elle urine peu, est sans appétit ni soif, et ne se plaint que d'étouffer.

Avant de vous dire, Messieurs, dans quel état nous trouvâmes la malheureuse, aissez-moi vous indiquer ses antécédents.

Deux grossesses menées à bien. Jamais aucun rhumatisme : remarquez bien cette absence étiologique, ni aucune autre maladie ; mais en revanche, la malade est notoirement alcoolique.

Lorsque je la vis le 5 août, je la trouvai dans l'état suivant :

C'est une femme extrêmement obèse, au teint blafard, plaqué de quelques rougeurs causées par des varicocèles répandues surtout aux ailes du nez et sur les pommettes. Elle est d'aspect peu intelligent, mais surtout elle paraît vieille, très vieille, et cependant elle n'accuse que cinquante-quatre ans. Sa figure exprime l'angoisse la plus extrême, et son œil noyé de larmes suit avec anxiété nos moindres mouvements. Assise sur une pile d'oreillers, les narines dilatées convulsivement à chaque inspiration, elle se livre à des mouvements respiratoires, bruyants et rapides, mettant en jeu tous ses muscles accessoires, pour n'arriver cependant qu'à un étouffement permanent, malgré les 44 respirations qu'elle fait par minute.

Lorsque nous la découvrons, nous voyons que les membres inférieurs sont le siège d'un œdème énorme, éléphantiasique, dirais-je : cet œdème est mou, blanc, pâteux, indolore. Pieds, jambes, cuisses, partie inférieure de l'abdomen, tout est infiltré, distendu. Une ascite assez considérable occupe le péritoine. Sur le

thorax, nous ne constatons pas de gonflement d'une façon certaine et cela est dû vraisemblablement à cette obésité considérable, à l'énormité de ses mamelles, étalées et répandues jusque sur l'ombilic.

L'*examen du cœur* donnait les résultats suivants :

Le choc précordial est difficile à percevoir, alors même qu'on a rigoureusement relevé le sein gauche. L'appréciation du lieu où bat la pointe est impossible ; il semble qu'on perçoive une petite ondulation à la sixième côte vers l'aisselle, mais il est impossible de l'affirmer.

La *percussion*, très mal tolérée, car elle est douloureuse, n'apprend rien.

L'*auscultation*, faite avec le plus grand soin, ne nous apprend qu'une chose, c'est qu'il existe des battements très sourds, très vites, impossibles à compter, et qu'enfin il n'y a vers aucun des orifices de souffle appréciable.

Le *pouls* est imperceptible ; la radiale et les temporales, sinueuses, dures, franchement athéromateuses, ne donnent qu'une vague sensation d'ondulation.

Les *poumons* n'étaient pas moins gravement atteints. A droite existait une énorme plaque de congestion vers la partie moyenne, aux deux bases des râles sous-crépitants.

Le *foie* est manifestement congestionné ; la pression de la région hépatique est extrêmement douloureuse.

L'*anurie* est presque totale.

En présence d'un état aussi grave, vous comprendrez facilement, Messieurs qu'une intervention active et énergique était immédiatement commandée : aussi n'hésitais-je pas à prescrire une infusion de digitale de 50 centigrammes et 60 ventouses sèches sous la poitrine et la région hépatique. La diète lactée était le complément obligatoire d'une telle médication.

Le lendemain 6 août, il nous était permis d'avoir une lueur d'espoir et nous es prâmes un instant sauver cette pauvre femme. — A l'entendre, elle respirait beaucoup mieux, mais sa figure blafarde et cyanosée, son œil humide, l'asphyxie des doigts, du lobule du nez, en un mot, de toutes les parties périphériques, contredisaient son affirmation. L'examen de son cœur n'était pas pour modifier ces tristes prévisions. L'accélération des battements cardiaques continuait. A deux ou trois reprises, nous crûmes compter 140, 160, 152 pulsations, mais l'auscultation était déjà si difficile que ces résultats furent tenus pour suspects ; en effet, aucun souffle n'était apparu : c'était une sorte de bruit sourd, continu, sans claquements ; bref, quelque chose d'intraduisible avec des mots. Les poumons étaient un peu dégagés, mais les œdèmes persistaient, l'entrave circulatoire n'était pas levée, le faux pouls veineux des jugulaires, la faible quantité des urines (à peine 350 grammes), tout nous portait à croire que notre intervention serait impuissante.

Durant quatre jours, la digitale fut continuée et le régime lacté assez bien toléré. La quantité des urines augmenta un peu ; il y eut 500 grammes quotidiennement, avec un léger nuage d'albumine, et la malade se trouva mieux durant ce laps de temps.

C'est dans ces conditions qu'en l'auscultant, nous découvrîmes dans la plèvr

droite un épanchement assez abondant, qui s'était produit avec la plus grande insidiosité; ni réaction fébrile, ni phénomène douloureux, pas même d'exagération de la dyspnée, rien en un mot. Dans l'état critique où se trouvait notre triste asystolique, la survenance d'un vaste épanchement était chose grave ; aussi intervinmes-nous avec un large vésicatoire.

Mais l'état s'aggrava. L'oppression n'avait pas varié, les œdèmes étaient stationnaires ; le pouls, malgré l'infusion de feuilles fraîches de digitale, ne s'était pas relevé ; il était toujours très vite, difficile à compter, entre 130 et 140. Mais, chose surprenante, il ne paraissait pas irrégulier ; nous ne relevions pas ces faux-pas, ces intermittences si fréquentes en semblable occurrence. Quoi qu'il en fût, la digitale avait été impuissante ; elle n'avait pas ralenti le pouls, elle avait simplement amené quelques grammes d'urine en plus. L'auscultation du cœur continuait à être absolument négative ; aucun souffle n'apparaissait et, tout en faisant la part de la possibilité de quelque lésion des orifices, nous nous rangeâmes à l'idée d'une myocardite, probablement symptômatique de lésions généralisées de l'arbre circulatoire, lésions provoquées par l'alcoolisme de la malade.

Vous verrez dans quelques instants, Messieurs, comment nous avions raison et comment aussi notre diagnostic était incomplet ; mais je suis bien certain que vous nous absoudrez sur ce dernier chef, car je n'hésite pas à déclarer qu'en présence des phénomènes que je vous ai traduits, il était impossible d'aller plus avant dans la voie du diagnostic.

La fin de l'histoire qui me reste à raconter est d'une navrante simplicité. Notre malade agonisa dix jours durant ; la cyanose périphérique devint générale ; une sorte de coma traversé de périodes d'excitation survint. J'essayai en vain de l'en tirer en lui administrant le citrate de caféine à la dose de 1 gramme en vingt-quatre heures, qui fut on ne peut plus mal toléré. Les injections d'éther galvanisèrent quelques heures ce pauvre corps, puis tout s'écroula : le coma devint continu, la respiration s'accéléra encore (52 à 58), s'embarrassa, et la mort survint le 21 à onze heures du matin.

II

Les pièces que je fais passer sous vos yeux vous diront mieux qu'aucune description en présence de quelles lésions nous nous trouvions. Tout d'abord, je vous ferai remarquer sur l'*aorte* ces grandes plaques d'aspect crétacé, et qui ne sont rien autre chose que l'*athérome*, cette « rouille de la vie », ainsi que l'a nommée pittoresquement Michel Peter.

Ce qu'il y a d'assez singulier dans la répartition de cette athéromasie, c'est l'intégrité presque absolue de l'orifice et des *valvules aortiques*. Vous savez en effet, Messieurs, avec quelle prédilection se cantonne la lésion à ce niveau : or, elle a respecté le nid valvulaire ; puis, par une singularité encore plus exceptionnelle, elle a enjambé (passez-moi cette figure) tout le sinus mitro-sigmoïdien, pour se porter sur le bord libre de la grande valve mitrale qu'elle a rétréci et rendue insuffisante. Voilà pour les lésions d'orifice : rétrécissement et insuffisance

mitrale, lésion qui nous a absolument échappé, je dirais plus, lésion que nous avions repoussée en nous fondant sur l'absence absolue de tout souffle morbide à l'auscultation.

Quant au *cœur* lui-même, il n'est pas difficile de voir qu'il est malade; sa consistance, sa couleur, rendent probable cette induction, qui devient une certitude alors qu'on pratique quelques coupes des muscles papillaires ou de la paroi interventriculaire. Il est facile de voir alors des tractus blanchâtres qui sillonnent le tissu musculaire, tractus qui ne sont rien autre chose que du tissu scléreux; c'est par ce point que notre diagnostic était fondé.

Les altérations des autres viscères sont de peu d'importance : ce sont des congestions intenses du *poumon* et du *rein*; c'est une stéatose, mêlée d'hyperémie passive directe du *foie*; c'est enfin un vaste *épanchement pleural droit*, épanchement d'ailleurs diagnostiqué durant la vie. Enfin, quelques artères examinées, les radiales, les humérales, nous montrent les altérations de l'athérome à un degré moindre que sur l'aorte, mais en somme facilement reconnaissables.

III

Et maintenant, Messieurs, que vous connaissez cette histoire clinique et anatomique, abordons, si vous le voulez bien, le côté pathogénique ou mieux la physiologie pathologique de cette observation.

Notre malade a succombé à une asystolie à marche rapide, c'est là un fait acquis et sur lequel personne n'élèvera, je pense, de doutes. Mais qu'est-ce que l'asystolie?

Au point de vue clinique, il est juste de comparer ce grand syndrome à un carrefour où viendraient s'aboucher un grand nombre de routes. Route pulmonaire, route cardiaque, telles sont les deux voies principales; mais il en est d'autres dont je vous parlerai incidemment. Je ne veux pas, en effet, m'attarder à vous retracer la pathogénie des asystolies secondaires, à vous montrer par quel enchaînement logique de lésions se constitue ce symptôme. Deux maîtres réputés, Maurice Raynaud et Parrot, ont exposé tous les deux d'une façon très précise le chaînon morbide qui relie telle ou telle affection mitrale ou pulmonaire à la dilatation du cœur droit, accident considéré comme obligatoire pour que l'asystolie existe.

Non, Messieurs, le débat à l'heure actuelle porte plus haut. La pathogénie à laquelle je viens de faire allusion, si simple et si claire, n'a de simplicité que l'apparence; sa rigueur scientifique est bien souvent démentie par les faits, en un mot, cette théorie toute mécanique qui ne relève que de l'hydraulique du cœur reçoit quotidiennement des démentis formels. Beau, le créateur de l'asystolie (j'entends parler du mot), n'avait pas été sans voir que les faits ne répondaient pas toujours aux théories, et au lieu d'esquiver la vérité, de faire plier la chose matérielle à la vue théorique, il essaya de démêler la vérité et l'entrevit peut-être. Il ressort en effet des recherches de cet éminent observateur que les affections cardiaques (à condition qu'elles durent longtemps) de quelque nature qu'elles soient, valvu-

laires ou non, se terminent en général par l'asystolie. Or si, dans un grand nombre de cas, il est permis d'invoquer la lésion valvulaire comme le fait principal, dans certains autres, cela est impossible, et conséquemment la théorie de la rupture de la compensation n'est pas seule vraie.

Or donc, Messieurs, et pour revenir à notre fait clinique, voici notre malade indubitablement atteinte de lésion mitrale qui vient de succomber à l'asystolie ; cette asystolie est-elle le résultat exclusif de sa lésion valvulaire ou bien ne dépend-elle pas des altérations cardiaques que je vous ai montrées et décrites. Je ne crains pas d'avancer que la mort est due bien plus à une dégénération cardiaque qu'à la lésion valvulaire.

Un exemple vous convaincra, je pense.

Nous avons actuellement dans nos salles 7 ou 8 malades atteints de lésions mitrales; la plupart sont venus nous demander secours parce qu'ils étaient oppressés, infiltrés, traduisons et disons asystoliques. Qu'est-il advenu? Ceci, que le repos, le lait et la digitale les ont guéris, temporairement il est vrai, mais en somme guéris.

Pourquoi, au contraire, notre insuccès a-t-il été si pitoyable chez la malade du n° 10? Simplement, Messieurs, parce que ce cœur dégénéré ne pouvait plus suffire à sa tâche qui est de se contracter; au contraire, chez nos autres patients, la digitale, « ce quinquina du cœur », a relevé sa force défaillante : la musculature n'était point encore si irrémédiablement attaquée, qu'elle ne pût reprendre en partie son énergie; la circulation s'est régularisée, la pression vasculaire est redevenue presque normale, et nos malades ont guéri.

Ces exemples vous disent assez clairement, je pense, l'importance prépondérante que joue le muscle cardiaque dans la pathogénie des accidents asystoliques. Ce n'est pas, d'ailleurs, un fait nouveau, il n'était besoin que de réfléchir pour s'en convaincre; mais la preuve anatomique n'en a été faite que récemment. S'il est vrai que Morgagni (17e lettre), Corvisart aient entrevu la dégénérescence *cartilagineuse* du cœur, il faut arriver à Hamernyck (*Medicinischer Jahrbericht Wien*) pour avoir une description anatomique régulière. Stokes reprit la question sans beaucoup l'éclaircir, ainsi que Bristow et ce n'est que tout récemment qu'une série de publications est venue jeter quelque jour sur cette obscure question. Letulle, dans sa thèse inaugurale, étudie à un point de vue exclusivement histologique l'hypertrophie musculaire cardiaque, puis, dans un excellent mémoire en collaboration avec le Pr Debove, il fixe le rôle de la myocardite dans les accidents cardiaques de la néphrite interstitielle. En ce qui concerne notre sujet, la thèse inaugurale de mon ami regretté, le Dr Juhel-Rénoy, est d'un titre suffisamment significatif : *De la sclérose du myocarde, de son importance dans la pathogénie des accidents asystoliques*; un nouvel élément est entré en scène, la lésion valvulaire, jadis seule cause de l'asystolie, est déchue, au profit du muscle, de sa prééminence. Déjà, dans un mémoire précédent, MM. Rigal et Juhel-Rénoy avaient montré que, dans certains cas, le myocarde pouvait être frappé le premier, qu'en un mot, il y avait une myocardite primitive qui méritait d'être décrite comme une

entité dont ces auteurs ont, les premiers à ma connaissance, tracé l'histoire clinique.

J'estime, Messieurs, qu'il nous est possible maintenant de nous former une idée plus large de l'asystolie, qu'en un mot vous pouvez la comprendre à peu près comme suit. L'asystolie peut être rapportée à deux sortes de causes :

1° A une difficulté de la contraction cardiaque, résultant d'altérations musculaires ou valvulaires;

2° A un défaut de contraction cardiaque, résultant d'une innervation insuffisante. Je passe sous silence les altérations valvulaires, elles vous sont connues ; vous savez tous par quel enchaînement elles arrivent à créer la dilatation du cœur droit, cette antichambre de l'asystolie.

Quant aux altérations musculaires, elles sont variables et nombreuses: aussi vais-je vous les énumérer. Une des plus fréquentes est la segmentation cardiaque, si bien décrite par MM. Renaut et Landouzy; elle consiste dans les altérations du ciment qui unit entre elles les cellules musculaires du cœur, de telle sorte que ces cellules, qui ordinairement sont soudées bout à bout, deviennent libres et que la chaîne musculaire est ainsi rompue. Cliniquement cette altération change et trouble à un haut degré la contraction cardiaque et devient ainsi un des éléments de l'asystolie. Outre la fibre musculaire, le cœur contient du tissu conjonctif qui, lorsqu'il s'enflamme ou se sclérose, donne lieu à ces lésions qui existent sur les piliers de notre ancienne malade du n° 10, c'est-à-dire à une sclérose qui étouffe l'élément noble : c'est cette lésion que M. Juhel-Rénoy, dans ses recherches, a rencontrée si fréquemment qu'il n'a pas hésité à en faire une des grandes causes anatomiques de l'asystolie.

Enfin, Messieurs, je vous ai parlé du système nerveux; il est vrai que ce ne sont encore que des inductions; mais je vous prie de vous souvenir de la richesse nerveuse du cœur, de son appareil ganglionnaire et je ne doute pas que, comme moi, vous ne pensiez que des altérations de ces divers troncs nerveux doivent exister, alors que l'organe est tout entier frappé. A l'appui de cette hypothèse, je vous citerai encore la malade qui me fournit le sujet de cette conférence : son myocarde n'était pas, à la vue, très dégénéré ; malgré cela, la digitale a été impuissante à enrayer les accidents; bien plus, elle n'est même pas parvenue à modifier le pouls; n'est-il pas permis de penser que les centres modérateurs du cœur avaient été touchés, je ne sais comment, par quelle lésion, mais bien évidemment atteints.

C'en est assez, Messieurs, pour vous faire voir comment à l'heure actuelle doit être envisagée l'asystolie, pour vous dire que, chaque fois que vous vous trouvez en présence d'un asystolique, vous devez vous demander quel est l'état du myocarde: c'est de lui que dépend votre pronostic ; enfin la constatation de cette myocardite vous permettra souvent de rejeter l'hypothèse d'une lésion valvulaire supposée, et que rien ne vient démontrer.

C'est ainsi que vous m'avez vu procéder : après avoir constaté *l'absence absolue et persistante de souffle*, *l'accélération permanente du pouls*, *sa petitesse*, je

vous déclarais que nous avions affaire à une myocardite. Restait à savoir si elle était primitive ou secondaire.

Pour m'éclairer, je m'enquis des antécédents, et devant l'absence de tout rhumatisme, de toute endocardite, je repoussai l'endocardite rhumatismale, c'est-à-dire la lésion valvulaire. M'était-il permis de faire différemment? Non, Messieurs, et le cas échéant, ma ligne de conduite serait encore la même. En présence d'une symptomatologie pareille, vous ne pouvez aller plus loin : votre rôle se borne à constater le trouble cardiaque, à l'interpréter ; mais vouloir diagnostiquer une lésion valvulaire, sans qu'il y ait jamais de souffle alors que l'anamnèse rhumatismale est muette, cela est anticlinique : autant diagnostiquer une pneumonie, sans râles, souffle, crachats ni fièvre.

COMPTE RENDU
DES
SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 26 février 1907.

Présidence de M. Yves Saint-Ménard.

M. Chevalier revient sur la question des *propriétés pharmaco-dynamiques des corps amorphes* comparées à celles des corps cristallisés : les premiers sont souvent plus actifs que les seconds et il faudrait les employer plus souvent qu'on ne le fait, car les principes cristallisés, dus à des réactions chimiques, ne correspondent pas exactement aux effets physiologiques du suc des plantes traitées.

Le titrage physiologique, négligé aujourd'hui en France, est fort utile pour le dosage des extraits actifs, car le titrage chimique est souvent illusoire. Pour obtenir ce titrage physiologique, on compare les effets produits par l'extrait à ceux d'un produit déjà connu. Il va sans dire que les effets ne sont pas identiques, suivant que l'on s'adresse au chien, au lapin ou à la grenouille, mais le rapport est toujours le même : si le corps étudié est deux fois plus actif, chez la grenouille, que le corps servant de comparaison, il en sera de même pour les autres espèces d'animaux en expérience. En outre, suivant le corps étudié, on examinera plus spécialement les effets produits sur telle ou telle fonction. Pour la digitale, ce sera le cœur; pour le seigle ergoté, la tension sanguine, etc.

La méthode, usitée en grand en Allemagne et en Amérique, a été adoptée en France par Byla : elle constitue le meilleur moyen de s'assurer de l'action médicale d'une drogue.

M. Bardet fait ressortir que notre confiance en l'action toujours identique de corps cristallisés que la chimie considère comme identiques est parfois mal placée : les diverses digitalines cristallisées, chimiquement semblables, sont loin de présenter la même action thérapeutique. D'un autre côté, quand il s'agit de glucosides, par exemple, on constate que les réactions chimiques qui nous permettent de distinguer ces corps entre eux sont peu nettes : le titrage physiologique, dans les cas de ce genre, fournit des données beaucoup plus sérieuses au praticien.

En résumé, il n'y a pas lieu d'abandonner les produits cristallisés, mais il faut adopter une série de corps amorphes très stables dont le titrage physiologique permet d'apprécier les effets.

M. Richaut croit qu'en comparant des principes cristallisés à des extraits, on compare des choses qui ne sont pas comparables, les extraits contenant des principes divers.

M. Huchard présente une communication sur la *médication hypotensive*. Il débute par protester contre l'abus d'une série de médications : l'iodure, utile dans certaines cardiopathies, est prescrit indistinctement à tous les cardiopathes : l'acide formique, médicament à indications précises, a fait l'objet d'un véritable emballement dont le temps a fait rapidement justice. Il suffit enfin de rappeler que les injections de mercure font actuellement l'objet d'abus inconsidérés ; malgré toutes les assertions insuffisamment étayées de preuves, elles n'ont jamais guéri un seul ataxique et ont compromis les fonctions hépatiques et rénales de nombreux syphilitiques qui eussent facilement guéri avec les autres méthodes jusqu'ici employées de mercurialisation.

On abuse aussi inconsidérément de la médication hypotensive : l'orateur a attiré l'attention des praticiens sur l'utilité de cette méthode dans le traitement de la présclérose, alors que les lésions artérielles et cardiaques ne sont pas encore installées et que l'hypertension seule attire l'attention.

Mais cette hypertension n'est pas tout : il y a à considérer, en outre, l'insuffisance rénale et l'intoxication, et on ne saurait admettre qu'une médication capable de combattre le seul symptôme hypertension puisse enrayer le processus morbide dans son ensemble.

Les instruments destinés à mesurer la tension artérielle sont loin d'être satisfaisants,

vous déclarais que nous avions ... dire ce qu'on désire qu'ils disent. Un phénomène cons-
était primitive ou secondaire. ... donne des résultats très nets, est celui de la stabilité du
Pour m'éclairer, je m'enq... nombre des pulsations reste le même ou diminue dans la
matisme, de toute endocar... qu'on trouve chez le malade couché : chez le sujet
à-dire la lésion valvulaire. ... d'une dizaine environ le second.
sieurs, et le cas échéant, m... pas par une seule médication : les agents physiques, les
d'une symptomatologie p... aux diurétiques surtout), l'opothérapie, concourent effica-
à constater le trouble ca... durables que seul le régime lacto-végétarien peut donner.
lésion valvulaire, sans ... médicale a fait grand bruit du traitement par la haute
tismale est muette, ... un bon adjuvant, mais ses résultats sont éminemment passa-
sans râles, souffle, ... fort variable, la pression sanguine se relève. La haute fré-
... ante à vaincre la triade symptomatique : hypertension,
... La dyspnée toxi-alimentaire, par exemple, cédera à
... lacto-végétarien, et la haute fréquence ne l'influencera en

... adressé à une série de médecins électriciens pour avoir des
... point : toutes les lettres ont confirmé le fait : l'effet sur
... passager. Aussi doit-on tenir à ce qu'une réclame incon-
... l'avenir d'une méthode qui peut rendre des services comme
... en baissant leur tension artérielle, on ne guérit pas les hyper-

... déclare avoir une expérience déjà longue concernant les effets
... fréquence : les résultats sont variables; la tension artérielle varie,
... même sujet, suivant l'heure où on l'examine. L'orateur a enre-
... sur 30 traités.
... toujours trouvé, de suite après une séance de haute fréquence, des
... appréciables : cette influence peut se prolonger quelques heures,
... quelques cas, mais les malades ont été soumis en même temps
... et l'on ne saurait distinguer les effets de chacun des deux agents

... aussi les effets exercés par la haute fréquence sur la tension arté-
... il a trouvé 2 augmentations, 16 diminutions très faibles et 4 diminu-
... : il n'a d'ailleurs jamais noté des diminutions de 8 à 9 cm. de

... l'orateur a, au moyen du tonomètre de Gærtner, étudié les effets sur
... les modifications ont été faibles.
... haute fréquence exerce sur l'hypertension une influence fort peu appré-
... les résultats mirifiques annoncés par la presse extra-scientifique.
... est d'accord avec les orateurs précédents : les exagérations intéressées
... les meilleures causes. Il semble, d'ailleurs, qu'on ait passé à côté de la
... la haute fréquence dans un domaine où elle se montre peu efficace,
... action sur la diurèse et la toxicité urinaire est bien autrement remar-

... que, pour obtenir des résultats immanquables, il fallait utiliser des
... : l'orateur a étudié la question en se servant des mêmes appareils
... dont il a été fait mention au cours de la discussion : ce dernier ne
... appareillage spécial.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,
Médecin des hôpitaux.

Valeur de l'hydrate de chloral dans le traitement de la scarlatine, par FRANKLIN ROGER (*The Therap. Gazette*, 15 janv 1907). — Wilson avait préconisé le traitement systématique de la scarlatine par l'hydrate de chloral qui augmente la diurèse et aurait l'avantage d'avoir une action protectrice sur les reins et de calmer les troubles nerveux. En commençant cette étude l'auteur était sceptique et pensait que le seul traitement qui convient était le repos, un régime léger, de grandes quantités d'eau et les soins de l'hygiène. Au contraire, il résulte de l'essai tenté que le chloral est le remède le plus utile dans le traitement de la scarlatine. Ce travail se termine par les conclusions suivantes : Le chloral a une valeur thérapeutique spéciale dans le traitement de la scarlatine et lorsqu'on le donne à doses suffisantes pour déterminer une légère somnolence, il ne semble pas avoir une action dépressive sur la circulation. L'hydrate de chloral améliore les symptômes nerveux mieux qu'aucun remède préconisé dans le traitement de la scarlatine. Il calme les démangeaisons cutanées qui sont souvent très pénibles dans la scarlatine. Lorsqu'on donne systématiquement l'hydrate de chloral pendant la période fébrile et durant quelques jours après, la néphrite consécutive semble être moins fréquente. Enfin les observations semblent justifier un emploi plus étendu du chloral dans le traitement de la scarlatine et une étude plus complète de son action sur les reins.

L. JUMON.

La prophylaxie de la néphrite scarlatineuse, par H. THOMPSON (*The Edinb. med. J.*, février 1907). — L'auteur a essayé les antiseptiques urinaires, urotropine, hexaméthylènetétramine, métramine dans environ 300 cas de scarlatine, comme moyens prophylactiques de la néphrite. D'après lui, la seule forme de traitement utile pour combattre la néphrite est de la prévenir en détruisant ou affaiblissant le virus par une substance inoffensive par elle-même. Et comme le virus est déjà dans la circulation au début de la maladie, il se trouve également dans les reins et le système urinaire.

Le régime et la surveillance médicale du malade doivent être sévères. Pendant les trois premières semaines, le malade ne doit prendre que du lait et des farineux, garder le lit, puis la chambre pendant les deux semaines suivantes, et être surveillé jusqu'à la fin de la desquamation.

Les malades doivent boire largement, tant qu'il n'existe pas de signe de collection pathologique de liquide. La gorge doit être nettoyée avec une solution antiseptique faible. La desquamation doit être activée par des lotions et par des bains tièdes pour prévenir l'oblitération de l'ouverture des glandes sébacées par des débris épithéliaux. On doit éviter la constipation par des purgatifs, tout en prenant garde d'abaisser la tension sanguine. L'urine sera fréquemment examinée.

En ce qui concerne l'usage de médicaments ayant une action prophylactique contre la néphrite de la scarlatine, l'urotropine seule paraît avoir quelque valeur. La néphrite a même paru plutôt favorisée par les deux autres médicaments. Le fait que 47 cas consécutifs traités par l'urotropine ont évolué sans néphrite et qu'un cas seul a présenté de l'albuminurie est assez encourageant pour qu'on essaie le médica-

ment dans la scarlatine. Les doses employées ont été de 0,30 centigrammes trois fois par jour jusqu'à douze ans et de 0,50 centigrammes, trois fois par jour, au-dessus de cet âge. Il est important de donner une certaine quantité d'eau avec le médicament qui doit être continué jusqu'au vingt-huitième jour de la maladie.

L. JUMON.

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par LE GENDRE (*Rev. intern. de méd. et de chir.*, 10 janv. 1907). — Comme prophylaxie, il faut, chez les sujets héréditairement prédisposés au rhumatisme, faire une antisepsie soigneuse des fosses nasales et de la gorge, supprimer les végétations adénoïdes, éviter les refroidissements, etc.

On est actuellement d'accord sur l'efficacité du salicylate de soude dans les attaques rhumatismales : l'auteur recommande de ne pas le prescrire en cachets, si l'on veut éviter les gastralgies et troubles analogues: le meilleur moyen est de mettre la quantité totale pour vingt-quatre heures dans un litre d'eau de Vichy, que le malade boit par gorgées dans la journée. C'est de cette façon qu'on évite le plus aisément le salicylisme.

En cas d'intolérance gastrique, on peut utiliser les lavements, mais ils sont irritants. Les injections sous-cutanées de solutions à 3 p. 100 (1 à 2 ccm.) ont l'inconvénient de devoir être trop fréquemment renouvelées.

L'élimination rénale sera toujours contrôlée par l'examen des urines au perchlorure de fer, si l'on veut éviter les troubles parfois graves que provoque l'intoxication salicylée.

Comme succédanés, il y a lieu de citer le salicylate de méthyle, le salophène, insuffisant dans les grandes attaques, l'aspirine, plus active, mais ayant le grave inconvénient d'exposer le sujet aux transpirations profuses et consécutivement aux refroidissements et aux complications viscérales.

L'antipyrine, la phénacétine, le chlorhydrate de phénocolle peuvent rendre des services quand les préparations salicylées sont mal tolérées.

On surveillera la diurèse, on changera fréquemment les draps (n'employer que du linge chaud !) et on ne donnera qu'une alimentation liquide.

E. VOGT.

Sur le traitement de l'anémie pernicieuse, par LOVELL GULLAND (*Brit. med., J.*, 12 janvier 1907). — La première indication est de mettre le malade au lit jusqu'à un moment proche de la guérison, afin de lutter contre la dilatation cardiaque. L'air et le soleil sont d'une grande importance, aussi faut-il placer le malade au grand air comme un tuberculeux. On écartera toute influence du traitement excitante ou déprimante.

Le régime est un élément très important. Tant que le nombre des hématies est faible, il doit se composer entièrement de lait et de farineux. Aucune viande ne doit être permise. Le régime indiqué diminue les fermentations intestinales et l'indican disparaît de l'urine. Dans quelques cas, il peut être nécessaire de donner des désinfectants intestinaux, parmi lesquels le calomel et le salol sont les meilleurs. Dans d'autres, il conviendra de pratiquer de grands lavages intestinaux avec la solution saline normale. La sécrétion chlorhydrique de l'estomac fait habituellement défaut dans la maladie et il y a avantage à donner après chaque repas de l'acide chlorhydrique et de la pepsine.

Pour stimuler l'hémopoièse, l'arsenic est le médicament le plus utile, il faut commencer par de petites doses qu'on accroît progressivement jusqu'à ce que le malade commence à montrer des signes d'intolérance, puis on continue avec un peu plus de la moitié de cette dose. La raison pour procéder ainsi est que la tolérance des malades pour le médicament baisse dans de grandes limites. Son action est probablement due à ce qu'il stimule la moelle des os. Une fois qu'on a commencé à obtenir un résultat du côté de l'hémopoièse, il est utile de suspendre l'arsenic pour en reprendre l'usage lorsque l'examen du sang montre une aggravation. Cet examen doit se faire au moins une fois par mois. Quant au fer, c'est un véritable poison dans l'anémie pernicieuse. On ne peut y recourir que lorsque le sang est à peu près normal.

L'auteur a essayé la moelle osseuse sous différentes formes, mais n'en a jamais ob-

tenu de résultats marqués même après un certain temps de traitement, il suffirait alors de recourir à l'arsenic pour constater une amélioration. On a traité un grand nombre de cas par le sérum antistreptococcique, mais l'auteur ne croit pas que ce sérum soit utile dans cette maladie.

Les cas d'anémie pernicieuse les plus difficiles à traiter sont les cas chroniques où les globules rouges ne descendent pas au-dessous de 2.000.000. S'ils ne réagissent pas au traitement, c'est peut-être en raison de l'artériosclérose existante ou d'autres lésions des tissus. L'arsenic n'est pas très bien supporté et on n'en peut pas donner de fortes doses. Mais dans ces cas l'existence est rarement menacée.

Les complications doivent être traitées suivant les règles générales et on doit surveiller de très près en particulier les symptômes nerveux.

L. Jumon.

L'hémophilie (d'après le *Concours médical* n° 51, 23 déc. 1906, p. 910). — Le traitement de l'hémophilie est encore mal connu. Il faut éviter, chez les hémophiles, les opérations chirurgicales, les applications de sangsues, etc., qui peuvent déterminer des hémorragies très graves.

Le sang des hémophiles, porté à une température voisine de 50 degrés, se coagule dans un délai normal : il semble donc logique de traiter ces malades par la chaleur. On leur conseillera de séjourner dans les climats méridionaux, ou bien on les maintiendra, de temps à autre, dans une étuve sèche de 50 ou 55 degrés.

On a également préconisé diverses médications antihémorragiques : le sulfate de soude (Reverdin), à la dose de 0 gr. 10 toutes les deux heures, les boissons acidulées, le chlorure de calcium à la dose quotidienne de 2 à 4 grammes, l'extrait desséché de foie de porc en tablettes ou en poudre, à la dose de 5 à 10 grammes par jour.

Lorsqu'une hémorragie se produit, on instituera le repos absolu au lit et on fera prendre du chlorure de calcium.

Dans les cas très graves, on pourra recourir à une injection sous-cutanée de chlorhydrate d'adrénaline (1 cc. d'une solution au dix-millième), mais il ne faudra pas oublier qu'à la phase de vasoconstriction intense que produit l'adrénaline succède une période de vasodilatation qui favorise le retour des hémorragies ; aussi ce médicament ne doit-il être employé qu'après échec des autres moyens thérapeutiques.

S'il s'agit d'une hémorragie externe (épistaxis, blessure), on pourra se contenter de la compression, à laquelle on ajoutera, au besoin, une application locale de sérum gélatiné ou d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline au dix-millième.

P. Sée.

Les bains chauds contre la chlorose (*Journ. de méd. de Paris*, n° 6, 10 févr. 1907, p. 48). — Les bains doivent être pris trois fois par semaine, à la fin de la matinée, et durer de dix à vingt minutes. Leur température sera de 40°. Le malade, avant d'entrer dans le bain, se couvrira la tête d'un linge. Il prendra, après le bain, une douche fraîche, suivie d'une friction sèche.

Ce traitement, prolongé pendant quatre semaines, améliorerait et guérirait même les malades atteints de chlorose.

P. Sée.

Corps thyroïde et neuro-arthritisme, par MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild (*Société de Biologie*, 19 janvier 1907). — D'après MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild, l'arthritisme est dû à l'hypothyroïdie et le nervosisme à l'hyperthyroïdie. L'association neuroarthritique est facteur de l'instabilité thyroïdienne.

Les auteurs montrent, par des exemples cliniques, que l'équilibre thyroïdien ou *eythothyroïdie* n'est plus réalisé dans l'arthritisme et le nervosisme. Le nervosisme, en particulier, relève souvent de l'hypothyroïdie, car il est très atténué par l'opothérapie thyroïdienne.

P. Sée.

Contre la goutte chronique (d'après le *Journal de médecine de Paris*, n° 6, 10 février 1907, p. 47).

Poudre de bulbe de colchique.....	20 gr.
Poudre de racine de bryone Poudre de racine de gentiane Poudre de camomille } ...ااا	10 gr
Poudre de bétoine.....	50 gr.

Mélanger, diviser en paquets de deux grammes.

P. Sée.

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT,

Ancien interne des hôpitaux.

Gymnastique et massage dans le traitement des affections osseuses et articulaires, par le Dr HOFFA (*Zeitschr. f. ærtzl. Fortbildung*, 1er janv. 1907). — L'auteur attire l'attention sur l'atrophie des muscles extenseurs, d'origine réflexe, qui s'installe avec une si remarquable rapidité à la suite de traumatismes articulaires et persiste après guérison de ces derniers. Il insiste en outre sur un phénomène que la radiologie a permis de démontrer, à savoir l'atrophie osseuse qui se développe pour les mêmes causes et avec les mêmes caractères que l'atrophie musculaire, dans la partie la plus éloignée du tronc (fémur en cas de lésion de l'articulation de la hanche, os du carpe en cas de lésion du poignet, etc.). Ces lésions sont trop souvent méconnues et un traitement s'adressant à l'articulation seule ne parvient pas à débarrasser le malade de ses troubles fonctionnels.

En cas de *distorsion*, on fera toujours bien de ne masser au début que les régions situées dans la direction centripète, par rapport à l'articulation traumatisée : celle-ci, en effet, ne supporterait pas, le plus souvent, l'intervention, et il y a en outre urgence de combattre la thrombose lymphatique et veineuse du voisinage de la lésion, en libérant le courant centripète. La région traumatisée sera traitée par des applications humides de solution d'acétate d'alumine.

En cas de *contusion articulaire*, le traitement de début sera le même, et on y ajoutera le massage des extenseurs pour s'opposer à l'atrophie trophonévrotique.

Les *épanchements subaigus intra-articulaires* seront, en général, aisément combattus par le massage comme ci-dessus, suivi de massage de l'articulation et de compression : pour le genou, il faut compter huit jours de repos au lit avec compression et surélévation du membre lésé.

Contractures articulaires. — En dehors du massage, on fera ici des mouvements passifs.

Fractures. — L'auteur recommande une grande prudence dans l'emploi de la méthode de Lucas-Championnière : il faut avant tout effectuer une coaptation parfaite des fragments et maintenir le membre immobile pendant au moins quinze jours ; car il est bien plus facile de remédier à des raideurs, dues à une immobilisation trop prolongée, que de remédier à une consolidation osseuse défectueuse. Au bout de quinze jours, on examine aux rayons X pour s'assurer que la consolidation a été obtenue sans dislocation et on commence le massage.

On n'agira pas de même dans les fractures de la rotule et de l'olécrane. Pour la rotule, on débute par un jour d'applications de compresses humides froides, puis on applique une bande élastique et l'on masse deux fois par jour les extenseurs de la cuisse. Le quatrième jour, on ajoute au massage des mouvements actifs et passifs, et le huitième jour on commence les exercices de marche.

Les mêmes règles s'appliquent au traitement de la fracture de l'olécrane.

L'auteur considère la technique du massage comme très importante et est opposé à son exécution par des empiriques ; il en est de même pour la gymnastique : celle-ci toutefois demande pour son exécution un temps souvent considérable, aussi est-il bon de recourir à la mécanothérapie, à condition de l'utiliser sous contrôle médical.

E. VOGT.

Traitement abortif du phlegmon par les bains locaux glacés et l'application de glace, par F. CAYLA (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 10 février 1907). — Le phlegmon diffus et le tétanos sont des complications qui surviennent fréquemment à la suite de plaies par armes à feu. Un individu avait reçu dans la main la décharge d'une canne-fusil. Des grains de plomb étaient restés dans la phalange du médius et n'avaient pu être extraits, l'anesthésie locale ayant été insuffisante. L'auteur fit dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région de l'abdomen une injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique et fit prendre des bains dans une solution cyanurée. Mais le blessé eut de la fièvre, éprouva des douleurs intolérables dans le bras tandis que la rougeur et le gonflement gagnaient la face dorsale des doigts et de la main et qu'une traînée de lymphangite sillonnait la face postérieure de l'avant-bras. En présence des menaces de phlegmon, l'auteur fit préparer un bain avec de l'eau cyanurée et refroidie dans une glacière à la température de six degrés. L'avant-bras fut im-

mergé dans ce bain pendant trois quarts d'heure et le malade en éprouva un tel soulagement qu'il hésitait à retirer son membre du liquide glacé. La main fut alors recouverte des compresses imbibées d'eau cyanurée et placée entre deux vessies remplies de glace. A partir de ce moment, les douleurs disparurent, le malade dormit, se réveillant seulement quand la glace était fondue. La température de 39°,5 descendit à 37°,5 et redevint normale huit jours après la première application de glace.

Le même traitement a été appliqué avec plein succès à un malade atteint d'un panaris du pouce ouvert tardivement et compliqué d'un phlegmon diffus de la main.

L. Jumon.

Les résultats éloignés de la résection de l'estomac pour cancer, par René Leriche (*Revue de Médecine*, 10 février 1907). — En rassemblant les observations publiées, l'auteur a trouvé 94 survies de trois ans ou plus, sans récidive au début de la troisième année. Parmi ces cas il y eut cinq récidives entre la troisième et la cinquième année. Restent 89 cas pour lesquels on peut, sous réserve de l'avenir, parler de guérison définitive, le plus ancien datant de 16 ans, 5 de 10 années, 34 de 5 à 10 ans. Il s'agissait le plus souvent de tumeurs pyloriques. Tout cancer gastrique, quelle que soit sa localisation, est donc susceptible de guérir par l'intervention et il n'est pas de forme qui échappe au début à l'action chirurgicale. D'après les dernières statistiques publiées, la proportion des guérisons durables est de 20 p. 100. L'état local des opérés est excellent, et malgré l'existence chez quelques-uns d'une légère éventration, la guérison est fonctionnellement définitive.

Etant donné l'abaissement continu du taux de la mortalité, l'auteur admet que toute tumeur de l'estomac doit être enlevée lorsque, anatomiquement, elle est extirpable et quand l'état de cachexie avancée du patient n'y met pas obstacle. Il n'y a qu'un seul traitement du cancer gastrique, le traitement chirurgical, dont l'indication se pose d'emblée dès qu'on peut soupçonner un néoplasme. L'indication de la laparotomie exploratrice se pose chez tout individu autour de la cinquantaine, qui, bien portant jusque-là et sans passé digestif, souffre sans raison de troubles gastriques, maigrit et ne se rétablit pas par une thérapeutique médicale. Bien entendu, le mot « sans raison » implique un examen organique complet.

L'indication opératoire est la même quand les lésions sont plus avancées.

L'absence de vomissements ne doit pas faire rejeter l'opération, car le cancer de l'estomac ne fait vomir qu'après une période parfois assez longue de dyspepsie banale avec ou sans tumeur.

Ces cas se présentent dans de bonnes conditions pour une large résection parce que le néoplasme appartient à une région mobile. Les vomissements, pas plus que la fixité de la tumeur, ni l'état général ne constituent des contre-indications opératoires. Il faut avant tout se renseigner par la laparotomie exploratrice : si la cachexie est avancée, l'opération peut se faire en deux temps.

En résumé, pour l'auteur, tout cancéreux de l'estomac, quel que soit son état local ou général, que le diagnostic soit sûr ou seulement probable, doit, comme tout autre cancéreux, être opéré dans les huit jours. On est autorisé à agir ainsi parce que l'opération donnera quinze à dix-huit mois de survie si la récidive doit quand même venir et qu'elle peut faire espérer une guérison durable.

L. Jumon.

Traitement médical de la péritonite aiguë appendiculaire, par M. Katzenstein (*Therapie der Gegenwart*, nov. 1906.) — D'après M. Katzenstein, le traitement médical de l'appendicite compliquée de péritonite septique est préférable à l'intervention chirurgicale.

L'auteur préconise les grands lavements intestinaux avec du sérum physiologique. Il recommande de les donner avec précaution, de crainte qu'ils ne provoquent des mouvements péristaltiques. C'est ainsi qu'il ne faut introduire le liquide que par petites quantités et très lentement.

Voici le procédé que conseille l'auteur: On verse, dans un irrigateur ou un bock, 500 grammes de solution physiologique à 40 degrés, et on règle l'appareil de manière que l'écoulement soit très lent (une à deux gouttes par secondes). On fait l'injection avec une sonde rectale molle, en caoutchouc rouge, préalablement remplie, avant son introduction, de sérum physiologique. Le lavement est donné lentement (il faut mettre environ une à deux heures pour

injecter un demi-litre). On peut ainsi introduire dans l'intestin 2 à 3 litres de liquide. On peut donner deux lavements de 3 litres, soit 6 litres, en vingt-quatre heures.

M. Katzenstein a traité ainsi avec succès 3 malades atteints de péritonite aiguë appendiculaire. Leur état était désespéré et ils n'eussent pas supporté une opération sanglante. Cette thérapeutique doit, d'après l'auteur, être réservée aux péritonites septiques foudroyantes, dans lesquelles l'intervention ne peut que hâter l'issue fatale. Dans les cas relativement bénins, il préfère l'opération à chaud, sous la réserve qu'on puisse la pratiquer moins de quarante-huit heures après le début de la crise.

P. Sée.

Angine et appendicite, par M. Doche (de Bordeaux) (*Société de médecine militaire française*, 17 janvier 1907). — M. Doche cite l'observation d'un sujet qui, atteint d'amygdalite pultacée, fut pris, peu de temps après que cette affection se fût déclarée, d'appendicite aiguë. Ce cas corrobore l'opinion de MM. Lejars, Simonin, Brionval, qui admettent des relations étiologiques entre les inflammations du pharynx et celles de l'appendice.

P. Sée.

Sarcomes primitifs de l'intestin grêle, traitement, par Laroy (*La Belgique médicale*, 7 février 1907). — Les sarcomes de l'intestin sont très rares et siègent, de préférence, dans l'intestin grêle. Les troubles de la digestion et de la défécation sont les premiers en date: l'amaigrissement apparaît ensuite, puis la palpation fait reconnaître l'existence d'une tumeur. Dans l'évolution ultérieure, les selles peuvent contenir du sang et du pus. L'évolution est assez rapide: la maladie dure, en moyenne, de quar e à cinq mois. Le pronostic est grave, car, sans opération, il n'y a pas de guérison possible. En cas d'intervention, la guérison a été obtenue dans 22 p. 100 des cas.

Les sarcomes médullaires et multiples qui ont de la tendance à donner de bonne heure des métastases et à produire la cachexie sont inopérables dès le début.

Seul le traitement opératoire est indiqué. Sur 44 cas, 18 furent opérés. Chez beaucoup de malades, l'opération dut se borner à la laparotomie exploratrice. Dans les autres cas, on fit la résection, avec ablation des métastases mésentériques, souvent très étendues. La résection atteignit une longueur de un mètre dans un cas. Sept malades moururent après l'opération : les uns, par perforation intestinale; les autres, par pyoémie; d'autres eurent des récidives rapides. Dix sont sortis guéris, mais n'ont pas été suivis ultérieurement. Un malade de Hahn n'a pas eu de récidive après huit ans. Dans un cas, le sarcome siégeant dans la partie inférieure de l'iléon fut enlevé par une incision lombaire faite dans le but de fixer un rein supposé mobile. Le plus souvent, les sarcomes de l'intestin sont découverts tardivement lorsque la guérison radicale n'est plus possible. Dans ce cas, on n'opérera que s'il y a sténose; l'anus artificiel est alors indiqué.

L. Jumon.

L'actinomycose intestinale, son traitement, par C. Lepoutre (*Journ. des Sociétés médicales de Lille*, 2 et 9 février 1907). — Deux cas d'actinomycose intestinale s'étant présentés dans le service du prof. Duret, l'auteur donne une étude générale de cette affection. Dans une première période, on observe une diarrhée plus ou moins tenace, des douleurs abdominales, des selles sanglantes ou glaireuses. Mais la nature de la maladie reste ignorée si l'on ne fait pas l'examen microscopique des selles. La seconde période se caractérise par la formation d'une tumeur peu mobile, adhérente soit à la plèvre, soit aux plans profonds: sa consistance est ligneuse. Elle siège dans différentes régions de l'abdomen, suivant la partie de l'intestin atteinte. Dans la troisième période, la tumeur se ramollit et s'élimine par différentes voies. Le pronostic est fort grave.

Si l'on arrive à diagnostiquer le mal au début de la deuxième période, quand parasite et réaction conjonctive forment une masse limitée, le traitement sera chirurgical. La résection de la tumeur pourra donner une guérison rapide et définitive. Mais l'intervention est grave, — car elle oblige souvent à réséquer de longues portions de l'intestin. S'il existe des adhérences nombreuses, si l'on est à la fin de la deuxième période et, à plus forte raison, s'il y a des fistules, il ne faudra plus traiter l'actinomycose comme une tumeur maligne par l'ablation large et le curettage minutieux. On essaiera de l'iodure de potassium

et le traitement chirurgical sera réduit au minimum.

L'iodure de potassium pourra être donné à la dose de 6 à 8 grammes par jour. Lebreton a préconisé l'iodipin en injections sous-cutanées. Cependant, l'iode ne peut être considéré comme un spécifique, mais il constitue un adjuvant des plus utiles, au point que, dans certains cas, il semble avoir procuré à lui seul la guérison. On peut donc toujours le prescrire. Quant aux injections de tuberculine, de sérum antistreptococcique, de cultures filtrées de staphylocoque, de sublimé, d'acide salicylique, on les a essayées, puis abandonnées.

Quant au traitement local, si l'on s'en rapporte à l'expérience de Poncet et de ses élèves qui ont étudié l'actinomycose sous toutes ses formes, au lieu d'enlever les tissus, de curetter les foyers, de drainer les collections purulentes, les masses sclérreuses, etc., on se contentera d'ouvrir rapidement les abcès, réduisant au minimum les manœuvres chirurgicales prolongées. Les opérations sanglantes favoriseraient les métastases, en particulier, au cerveau et aux méninges. Les pansements seront fréquents, la propreté chirurgicale absolue. On se servira de sublimé, d'iode, d'une solution iodo-iodurée.

Le traitement général sera l'objet d'un soin particulier. Il se résume dans une bonne alimentation, l'emploi de toniques, de préparations arsenicales, le séjour au grand air. Poncet conseille au malade de mettre le ventre au soleil plusieurs heures par jour.

L. Jumon.

Traitement de l'ulcère duodénal, par Mayo Robson (*Brit. med. J.*, 2 février 1907). — Si l'ulcère duodénal peut être diagnostiqué de bonne heure, le régime et le repos peuvent procurer la guérison. Mais généralement les symptômes sont d'abord légers et ce n'est que très longtemps après le début qu'on découvre la maladie. Souvent le traitement médical apporte une amélioration, puis le malade reprenant ses habitudes, les symptômes récidivent. D'après Perry et Shaw, la guérison de l'ulcère a lieu dans la moitié des cas. Le traitement chirurgical apporte non seulement du soulagement, mais encore la guérison. Il est direct et consiste dans l'excision de l'ulcère, ou indirect et comprend alors la gastro-entérostomie avec ou sans occlusion du pylore.

Sauf dans les cas très précoces où l'ulcère était associé à une lésion semblable du pylore, l'auteur a eu recours à la méthode indirecte, qui lui a fourni des résultats si satisfaisants que c'est à peu près la seule qu'il applique. On n'a pas à craindre que le cancer se développe sur l'ancienne cicatrice, car le cancer du duodénum est très rare. Il a ainsi pratiqué la gastro-entérostomie postérieure dans soixante-six cas d'ulcère duodénal sans avoir perdu un seul cas du fait de l'opération. Les résultats immédiats et éloignés ont été très satisfaisants. L'opération consiste à réunir le bord inférieur de l'estomac au jéjunum. L'ouverture est environ de deux pouces, et les bords en sont réunis par deux sutures continues. A une petite distance des bords, un fil de Pagenstecher réunit les séreuses à l'extérieur, tandis que le catgut chromique comprend toute l'épaisseur des parois sectionnées de l'estomac et de l'intestin. La muqueuse n'est pas excisée, ni le pylore fermé, ni l'ulcère oblitéré, à moins que la paroi duodénale ne soit amincie. L'opéré est placé au lit en position assise, ce qui est plus agréable pour lui et évite les complications thoraciques. Cette position est également très avantageuse lorsque l'opération faite après une péritonite par perforation oblige à faire le drainage. Après l'opération, on injecte de grandes quantités de solution saline dans le rectum pour calmer la soif. L'alimentation par la bouche commence dès que l'effet nauséeux de l'anesthésique a disparu, et le soir même l'opéré peut prendre 30 grammes d'eau albumineuse toutes les heures. Pendant quelque temps, il est prudent de faire prendre des aliments à de fréquents intervalles pour neutraliser l'acide du suc gastrique.

Lorsque des hémorragies, hématémèses ou mélæna, surviennent, il ne faut pas attendre leur retour pour intervenir, car elles sont généralement graves et mettent la vie en danger.

Dans deux cas, l'auteur les a vues s'arrêter complètement après la gastro-entérostomie. Dans un cas, le chirurgien fut obligé d'ouvrir le duodénum et de lier le vaisseau. Mais l'auteur déconseille l'opération directe dans l'intervalle des hémorragies.

L. Jumon.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr Pierre SÉE.

Traitement diététique de l'hyperacidité nerveuse, par WALTER ZWEIG (*Wien. med. Presse*, 6 et 13 janvier 1907). — L'hyperacidité stomacale peut survenir dans trois circonstances : Elle peut être physiologique, car même avec une digestion normale, l'acidité du suc gastrique peut être accrue dans de fortes proportions. L'hyperacidité accompagne certaines affections organiques de l'estomac, l'ulcère gastrique, le pylorospasme, la gastrite chronique hyperpeptique, la dilatation, etc. Elle peut être purement nerveuse, ce qui est très fréquent dans la dyspepsie nerveuse et tient à un état nerveux anormal d'excitation des glandes gastriques.

Pour combattre cette hyperacidité, certains conseillent un régime albumineux, d'autres un régime végétal, enfin certains auteurs nient toute influence de la qualité de l'alimentation sur la sécrétion chlorhydrique. Zweig se rattache à cette dernière opinion. Mais dans la grande majorité des cas, il préfère un régime mixte riche en albumine et prescrit le lait, les œufs, les viandes blanches moins riches en matières extractives et qui ne doivent pas être assaisonnées. Les graisses conviennent beaucoup aux hyperacides, car elles diminuent notablement la sécrétion gastrique.

Les hydrates de carbone doivent être donnés sous une forme très digestible, légumes en purée, pain grillé, biscuits, farine d'avoine et de légumineuses. S'il n'existe pas de stase alimentaire les aliments sucrés seront très utiles. On donnera du miel, du raisin, des compotes de fruits, de l'extrait de malt. Parfois les biscuits sucrés déterminent rapidement des fermentations acides, cela tient à ce que de mauvaises graisses entrent dans leur composition.

Parmi les boissons antiacides, le lait est la plus efficace ; il peut être donné en grande quantité. Les fruits acides, les vins sont habituellement mal supportés ; cependant on peut obtenir de bons résultats avec le petit-lait et le kéfir.

Comme eau de table, l'auteur signale entre autres celle de Vichy et d'Apollinaris. Il prescrit habituellement un demi-verre d'eau de Vichy le matin à jeun. On supprimera les alcools, le café et le thé fort, de même que la viande hachée. Le nombre des repas doit être réduit à deux principaux et à deux petits repas. Si les malades éprouvent une sensation de brûlure dès que l'estomac est vide, les petits repas doivent être plus fréquents. La constipation est très fréquente dans l'hyperacidité; on cherchera à la combattre par le régime. Le plus souvent elle disparaît ou s'amende avec le traitement et l'amélioration des symptômes gastriques.

L. JUMON.

Sur l'achylie gastrique et les fonctions gastriques chez les individus âgés, par M. LIEFSCHUTZ (*Arch. f. Verdauungs Krankheiten*, XII, 5). — M. Liefschütz discute, dans cet article, la question de savoir si l'*achylie gastrique*, syndrome créé par M. Einhorn, existe réellement. M. Einhorn désignait sous ce nom une apepsie complète qui existerait en l'absence de toute lésion cancéreuse de l'estomac, et qui serait due, non à une gastrite, mais à une névrose gastrique.

L'achylie gastrique serait accompagnée de symptômes variables, mais toujours graves (anémie, cachexie). C'est pour cette raison qu'un grand nombre d'auteurs, M. Liefschütz entre autres, se refusent à admettre l'existence propre de ce syndrome qu'ils considèrent comme le résultat final des gastrites. En effet, l'achylie se rencontre, en clinique, avec une fréquence d'autant plus grande que le sujet est plus avancé en âge. M. Liefschütz a observé soixante malades achyliques âgés de cinquante à soixante-quinze ans : les causes de ces achylies étaient très variées : leucémie, éthylisme, gastrite ancienne, etc.

L'auteur en conclut que l'achylie n'existe pas en tant qu'entité morbide, et cette notion étiologique est importante pour diriger la thérapeutique : il importe, en effet, au cours du traitement, de s'adresser à la cause qui a déterminé l'achylie.

P. SÉE.

Tachyphagie et ataraxie digestive, par JACQUET (*Bull. méd.*, n° 4, 1907). — L'auteur estime que, par une mastication défectueuse ou hâtive, on excite nocivement la muqueuse gastro-intestinale et par son intermédiaire la plupart des grands

appareils organiques. Cette tachyphagie sera guérie par l'ataraxie qui consiste à éviter ce trouble digestif en habituant le malade à n'ingérer que des aliments non irritants, bien mâchés et bien insalivés.

Plusieurs dermatoses sont simplement le résultat d'une surirritation de la muqueuse digestive : ce sont l'érythrose, l'hyperidrose, la séborrhée, la pityriasis, la dépilation. Tous les organes abdominaux sont en outre influencés par la tachyphagie, et les fonctions intellectuelles deviennent moins aisées, l'idéation moins claire.

E. Vogt.

Du choix d'une boisson chaude en thérapeutique stomacale, par M. Léon Meunier (*Presse méd.*, n° 5, mercredi 16 janv. 1907, p. 35). — Les boissons chaudes sont d'une grande utilité en thérapeutique gastrique. Elles influencent, en effet, la digestion de trois manières :

1° Elles calment les douleurs en diminuant l'hyperesthésie stomacale (Linossier);

2° Elles stimulent la motricité, en excitant les fibres lisses de l'estomac (A. Mathieu);

3° Elles favorisent l'action des ferments digestifs (A. Gautier).

Les médecins attribuent en général les effets favorables de ces boissons à leur température élevée, et ils considèrent que les corps qu'on y infuse ne servent qu'à aromatiser l'eau chaude, et à la faire accepter ainsi plus facilement par les malades. D'après M. Léon Meunier, cette assertion ne serait pas tout à fait exacte ; et, s'il est vrai, en effet, que la plupart des infusions (thé léger, tilleul, camomille, feuilles d'oranger, etc.) sont indifférentes, il y aurait toutefois une boisson qui exercerait sur la digestion une action spéciale : c'est l'*infusion d'orge germée*. Cette infusion est une solution d'amylase, très active, qui favorise la digestion des matières amylacées dans l'estomac. On sait, en effet, que, chez l'homme, la digestion des matières amylacées ne se fait dans l'estomac que grâce à la salive avalée avec les aliments ; et souvent, dans l'hyperchlorhydrie par exemple, cette digestion est entravée. Il suffira alors de prescrire, pendant ou après le repas, une infusion d'orge germée pour que la digestion des matières amylacées puisse de nouveau s'accomplir. Il est aisé, d'ailleurs, de le constater en analysant le suc gastrique des malades, après leur avoir donné un repas d'épreuve d'Ewald.

M. Léon Meunier conseille, pour préparer l'infusion, la technique suivante : moudre dans un moulin à café une cuillerée à bouche d'orge germée; et l'épuiser, avec de l'eau à 80° environ, dans un filtre à café muni d'un fond de flanelle. Ne pas employer l'eau à une température trop élevée, pour ne pas détruire la diastase. Sucrer légèrement l'infusion avant l'usage.

P. Sée.

Cachets digestifs (d'après le *Journal de médecine de Paris*, n° 5, 3 février 1907, p. 37).

Trypsine	0,25	centigrammes.
Diastase	0,20	—
Bicarbonate de soude	0,15	—

Pour un cachet. En prendre deux pendant l'heure qui suit le repas.

P. Sée.

Pourquoi et quand il faut se servir de la sonde stomacale, par Martinet (*La Presse médicale*, 2 février 1907). — Avant l'introduction de la sonde, il faut examiner le cœur, les vaisseaux, les poumons, s'assurer, le cas échéant, si l'utérus est vide, s'abstenir, s'il y a eu hématémèse ou si la nature de l'affection stomacale en peut faire craindre. Cette première élimination faite, on se rappellera que l'emploi de la sonde est inutile quand il s'agit de troubles digestifs temporaires ou d'origine nerveuse ou neurasthénique ; enfin, dans les atonies moyennes, sans rétention ou stagnation des aliments.

Restent les cas où l'action thérapeutique du lavage de l'estomac est indéniable. En premier lieu, il y a l'intoxication aiguë par voie buccale, puis ceux d'insuffisance motrice, où l'estomac n'est pas vide avant le premier déjeuner. Si les processus fermentatifs sont minimes, un lavage au réveil, avant le premier déjeuner, suffira; dans le cas contraire, il sera bon de donner, vers 5 à 6 heures du soir, un repas léger, et de faire un lavage avant le coucher, entre 9 et 10 heures.

Le lavage sera aussi indiqué dans la gastrite chronique s'il y a excès de mucus formé et tendance à l'hypersécrétion ou à la rétention. Le meilleur moment sera, dans ce cas, un lavage avec de l'eau légè-

rement bicarbonatée avant le premier déjeuner.

Dans l'hypersécrétion, le lavage, au même moment de la journée, s'opposera à la rétention de résidus alimentaires irritants pour la muqueuse.

E. Vogt.

Contre le mal de mer (d'après le *Journal de médecine de Paris*, n° 5, 3 février 1907, p. 38). — M. Girard, médecin aux Etats-Unis, conseille d'injecter, dès les premiers symptômes du mal de mer, un centimètre cube de la solution :

Sulfate d'atropine	0,005 milligrammes.
Strychnine.....	0,01 centigrammes.
Eau distillée stérilisée .	10 grammes.

Si une première injection ne suffit pas, on peut, une heure après, en faire une seconde.

P. Sée.

Massage de l'estomac et de l'intestin préalablement rempli d'acide carbonique (*Sem. méd.*, n° 51, 19 déc. 1906, p. 609). — M. W. N. Clemm (de Darmstadt) recommande, dans les maladies du tube digestif, le massage de l'estomac et de l'intestin préalablement gonflés de gaz carbonique. Les avantages du gaz carbonique seraient : son action désinfectante, son pouvoir vasodilatateur sur la muqueuse et excitomoteur sur les terminaisons nerveuses. Ce gaz a, de plus, l'avantage de distendre l'intestin.

Voici le procédé que recommande l'auteur : Le malade, à jeun, est étendu. On introduit, dans le rectum, la sonde qui communique avec l'appareil producteur de gaz carbonique ; lorsqu'on juge le tube digestif suffisamment distendu, on masse l'abdomen jusqu'à ce que le gaz soit évacué. Au début, on se contente de deux ou trois massages, chacun de dix minutes : dans les séances ultérieures, on fait quatre à cinq massages en quinze minutes.

Pour produire l'acide carbonique, M. W. N. Clemm emploie un flacon à double tubulure, contenant un bicarbonate. On laisse écouler peu à peu une solution acide par l'une des tubulures ; par l'autre, le gaz s'échappe et va remplir une poire d'insufflation. Cette poire pourra également servir, l'opération terminée, à vider l'intestin du gaz qui n'a pas été éliminé.

Cette pratique donnerait d'excellents résultats dans différentes affections du tube digestif, telles que périgastrite, ptoses, atonie, brides cicatricielles, colite, typhlite, etc. L'appétit augmenterait et l'état général s'améliorerait rapidement.

P. Sée.

Le zymphène contre les affections gastro-intestinales (*Journ. de méd. de Paris*, n° 5, 3 févr. 1907, p. 38). — Le zymphène se présente sous l'aspect d'un sel cristallisé de couleur jaunâtre, de saveur amère, inodore, soluble dans l'alcool, légèrement soluble dans l'eau froide.

Le zymphène excite le pouvoir sécréteur de la muqueuse intestinale et du pancréas. Il est diurétique, antiseptique et n'est ni toxique ni irritant. Il est indiqué dans les cas d'hyposécrétion digestive avec fermentations anormales et dans l'anorexie.

On l'emploie, en solution aqueuse, à la dose de 50 centigr. une ou deux heures avant ou trois à quatre heures après les repas.

M. Fiquet conseille le médicament dans les cas d'hyperacidité. Il l'associe alors au bicarbonate de soude ou à la magnésie calcinée, d'après les formules :

Zymphène.....	0 gr. 50
Bicarbonate de soude.....	3 gr.

ou :

Zymphène.....	0 gr. 50
Magnésie calcinée.....	1 gr.

Dissoudre ces poudres dans un demi-verre d'eau.

P. Sée.

De l'emploi des ferments en vue de la désinfection intestinale, par Albert Fournier (*La Presse médicale*, 26 janvier 1907). — On sait que l'intestin est le siège des putréfactions à des degrés divers tout le long de son parcours : cette transformation fécaloïde des déchets s'effectue en l'absence d'oxygène, sous l'influence de microbes anaérobies. Or, l'oxygène exerce une action antiputride et l'emploi d'un microbe capable de vivre dans l'intestin non seulement d'une vie facultativement aérobie et anaérobie, mais encore susceptible de provoquer la formation d'oxygène du fait de son activité sur les surfaces ambiantes, rendrait de grands services. Un microbe de ce genre n'existe pas, mais nous connaissons des microbes acidogènes : ces derniers créent

des milieux acides dans lesquels les microbes putréfiants ne peuvent se développer. Mais il faut, pour permettre la multiplication des acidogènes, neutraliser l'excès d'acidité qu'ils ont tendance à créer et qui émousse leur vitalité.

L'alcalinité du milieu intestinal favorise la pullulation des microbes putridogènes, et pour arriver à modifier ce milieu, on a dû trouver un ferment capable de vivre dans le milieu intestinal sans nuire aux fonctions digestives et produisant un acide au fur et à mesure, pour ainsi dire, des besoins, et en quantité proportionnée à l'intensité des putréfactions.

Seul parmi les ferments actuellement connus, le ferment lactique découvert par Pasteur et étudié depuis dans ses nombreuses variétés, présente l'avantage de pouvoir vivre en milieu privé d'oxygène et d'agir directement sur les hydrates de carbone fermentescibles transformés en acides.

Parmi les diverses variétés, deux sont particulièrement vigoureuses et aptes à pulluler dans le milieu intestinal; d'abord, un long et gros bacille ayant les caractères généraux des streptobacilles, et un streptococcus lactique.

La symbiose de ces deux variétés donne les meilleurs résultats dans les maladies intestinales à forme infectieuse et chaque fois qu'il s'agit d'obtenir la désinfection intestinale.

E. Vogt.

L'entérocolite muco-membraneuse et son traitement, par M. Robin (*Bull. gén. de thérapeutique*, 15 janvier 1907). — Pour l'auteur, il y a toujours chez les malades présentant cette affection de l'hypersthénie stomacale au début, provoquant de l'acidité des selles : ces dernières irritent le gros intestin à leur passage et la muqueuse se défend par une sécrétion de mucus que coagulent les acides fécaux.

On devra donc en premier lieu saturer le contenu gastrique et ordonner la solution suivante :

Eau bouillie.....	1 litre
Bicarbonate de soude...	10 gr.
Sulfate de soude sec... } Phosphate de soude sec. }	ââ 3 gr.

On donnera 100 gr. au réveil : 100 gr. entre 10 et 11 h. : 100 gr. entre 5 et 6 h. le soir, 100 gr. entre 9 h. 1/2 et 10 h. 1/2.

Entre 11 h. et minuit, on donnera une grosse poudre de saturation.

Comme laxatif, l'huile de ricin, et pour modifier la muqueuse intestinale, des irrigations d'eau bouillie, chauffée à 34°, additionnée de 2 grandes cuillerées d'huile d'olive et de 5 à 10 gouttes de teinture de sauge.

En cas de crises douloureuses, on donnera les poudres de saturation, et si elles sont impuissantes, la potion suivante :

Menthol.....	0 gr. 50
Alcool à 90° q. s. strictement suffisante pour dissoudre.....	
Extr. gras de cannabis indica....	0 gr. 03 à 0 gr. 05
Extrait de jusquiame...	0 » 03 à 0 » 05
— de belladone....	0 » 03 à 0 » 05
Julep gommeux.....	150 cc.

Une cuillerée à soupe toutes les heures jusqu'à cessation des douleurs et sans dépasser quatre cuillerées consécutives.

Concurremment, on appliquera sur l'abdomen un carré de flanelle imbibé du liniment suivant :

Baume tranquille.....	40 gr.
Extrait thébaïque.....	
— de belladone.....	ââ 2 »
— de jusquiame.....	
Chloroforme.....	10 »
Pour un liniment.	

Le traitement hydrominéral peut exercer une action remarquable : on dispose en France de 2 stations dont les indications sont différentes.

Quand il s'agit d'un malade dont le système nerveux est surexcité et qui présente encore des manifestations douloureuses avec des prédominances spasmodiques, des flux muqueux abondants, on l'enverra à *Plombières* qui réclame aussi les dyspeptiques hypersthéniques.

Si, au contraire, le malade est un déprimé et un hyposthénique, avec de l'atonie locale et générale, un foie augmenté de volume, de l'oligocholie, et des signes d'intoxication par fermentations gastro-intestinales, c'est *Châtel-Guyon* qui lui conviendra.

Parfois, on rencontrera aussi des cas mixtes où les deux cures thermales s'associeront très heureusement.

Si, par exemple, on a à traiter un nerveux intoxiqué, avec de la congestion hépatique, on l'enverra d'abord à Plombières, puis à Châtel-Guyon.

Si c'est un constipé, un hépatique, un

atonique avec des manifestations rhumatoïdes et névropathiques, on l'adressera tout d'abord à Châtel-Guyon, puis à Plombières.

Cette méthode des *cures associées*, très répandue en Allemagne, mérite d'être mieux connue et vulgarisée en France.

E. Vogt.

L'entérite muco-membraneuse, par M. Fernand Trémolières, 2e édition 1907 (Boulangé, éditeur). — L'ouvrage de M. F. Trémolières, constitue à la fois une excellente revue générale des principaux travaux consacrés à l'entérite muco-membraneuse, une étude critique des nombreuses théories qui cherchent à l'expliquer, et un essai pathogénique fondé à la fois sur la clinique et l'expérimentation.

Nous n'insisterons pas sur les chapitres qui traitent des signes et des causes de l'entérite muco-membraneuse. Celle-ci, qui peut revêtir les aspects les plus disparates et apparaître dans des conditions très diverses, n'est pas, comme on le croyait encore tout récemment, une entité morbide, mais un syndrome subordonné à des conditions différentes.

Aussi les théories pathogéniques sont-elles très nombreuses. Certains auteurs, avec Nonat, rattachent le syndrome à une lésion utéro-annexielle agissant soit par infection directe, soit par infection indirecte à distance ; d'autres, avec le professeur Albert Robin, invoquent l'hypersthénie gastrique : M. Glénard croit à l'influence de l'hépatisme et des ptoses viscérales : M. Combe attribue le rôle essentiel à l'infection intestinale : MM. Soupault et Jouaust admettent l'origine réflexe des accidents que d'autres auteurs attribuent à des troubles d'ordre mécanique. Selon M. Trémolières, aucune de ces théories n'échappe à la critique : toutes renferment une part de vérité, mais elles n'envisagent qu'un des éléments du problème et sont trop exclusives.

Reprenant l'étude des conditions de l'entéro-colite muco-membraneuse, M. F. Trémolières a montré qu'on peut provoquer ce syndrome de quatre façons différentes, en irritant mécaniquement l'intestin, en excitant les fibres nerveuses qui président à ses fonctions, en soumettant les animaux à des infections intestinales ou générales, ou à des intoxications, ou encore en déterminant des altérations dyscrasiques.

Ces diverses causes, seules ou associées, déterminent l'apparition, dans les selles, de glaires et de muco-membranes analogues à celles des individus atteints d'entéro-colite muco-membraneuse. Les muco-membranes paraissent, au microscope, formées de couches alternatives de substances hyaline et fibrillaire : dans les couches fibrillaires abondent les éléments cellulaires.

Les lésions intestinales, analogues chez l'homme et chez les animaux, et dont M. F. Trémolières fait une étude détaillée, sont d'une intensité variable; le plus souvent elles sont très superficielles, ne s'accompagnent d'aucune réaction inflammatoire ; la lésion constante, élémentaire pourrait-on dire, consiste en une hypergenèse des cellules muqueuses. Celles-ci sécrètent en excès le mucus intestinal, qui est plus ou moins concrété selon l'abondance de la *mucinase*, ferment coagulant la mucine, dont le Professeur H. Roger a démontré l'existence, et qui, d'après MM. F. Trémolières et A. Riva, existe, non seulement dans les selles, mais encore dans le sang des sujets atteints d'entérite muco-membraneuse.

Mais il faut encore montrer pourquoi l'expulsion de mucus plus ou moins concrété et les troubles concomitants, éphémères dans beaucoup de cas, persistent plus ou moins longtemps chez certains individus. M. H. Triboulet, M. Aviragnet, M. Delacour, M. Trémolières, ont montré que, très souvent, un rapport étroit existe entre les modifications muqueuses intestinales et un état rhino-pharyngé défectueux. Aussi l'entérite muco-membraneuse, les lésions rhino-pharyngées et certains troubles de la nutrition générale qui leur sont communs, ont-ils pu être groupés par M. Delacour en un *Syndrome adénoïdien*. Deux éléments de cette triade, les lésions rhino-pharyngées et les troubles généraux peuvent être attribués à une insuffisance thyroïdienne plus ou moins accentuée et dépendent d'un myxœdème franc ou fruste; l'autre élément, l'entérite muco-membraneuse doit aussi y être rapporté.

D'ailleurs des arguments cliniques et expérimentaux corroborent ce syllogisme. Les lésions du corps thyroïde sont fréquentes dans l'entérite muco-membraneuse. Celle-ci survient souvent chez les malades dont une infection, surtout la variole, ou une grossesse ont compromis la fonction

thyroïdienne ; plus fréquemment encore elle se complique de lésions du corps thyroïde (hypertrophie ou atrophie) ou de troubles d'ordre thyroïdien : goitre exophtalmique ou simple, signes d'hypertrophie bénigne chronique. Enfin M. Horsley et M. Trémolières ont, par l'ablation de la thyroïde chez les animaux, provoqué l'apparition de selles glaireuses.

L'entérite muco-membraneuse apparaît donc, au moins dans certains cas, liée à un trouble de la sécrétion thyroïdienne ; dans d'autres cas existent des troubles rénaux, hépatiques qui peuvent aussi préparer, directement ou indirectement, le syndrome intestinal.

Sur l'intestin prédisposé toutes les excitations vont pouvoir agir et les réactions se perpétuer, d'où l'étiologie banale apparente de l'affection (alimentation, froid, surmenage, etc.).

Cette manière de voir concilie toutes les théories classiques, en même temps qu'elle souligne leur exclusivisme. Elle permet de préciser les indications thérapeutiques des *entéropathies muco-membraneuses*.

P. Sée.

Adénoïdite hypertrophique et entérite muco-membraneuse, par le Dr Guisez (*Journal des Praticiens*, n° 1, 5 janv. 1907, pp. 4-6). — L'adénoïdite hypertrophique est, chez les jeunes sujets, une cause fréquente de troubles gastriques et intestinaux ; aussi le simple traitement rhino-pharyngé a-t-il guéri un grand nombre d'entérites rebelles à toutes les autres thérapeutiques. Dans ces dernières années, MM. Triboulet, Avirag net, Roux et Josserand ont produit des observations d'entérites muco-membraneuses qui ont disparu à la suite d'un traitement nasal. M. Guinon admet que l'adénoïdite peut causer non seulement l'entérite, mais encore l'appendicite.

De même, M. Delacour pense que tous les troubles chez les adénoïdiens sont dus à une dystrophie particulière qu'il décrit sous le nom de *syndrome adénoïdien*. M. Fernand Trémolières a reconnu l'existence de la colite muco-membraneuse chez de nombreux sujets atteints d'adénoïdite. Cependant, pour ces deux derniers auteurs, les troubles digestifs ne seraient pas la conséquence de la rhino-pharyngite, mais des « lésions concomitantes et similaires » : l'entérite et l'adénoïdite auraient pour origine commune un trouble trophique des glandes adénoïdes et muqueuses.

M. Guisez a, de son côté, réuni 62 observations de jeunes malades qui furent débarrassés de leurs troubles intestinaux à la suite d'un traitement dirigé contre les lésions du rhino-pharynx.

La pathogénie des accidents intestinaux est, pour M. Guisez, facile à comprendre : les malades déglutissent, pendant la nuit, le muco-pus et les produits septiques continuellement sécrétés par le pharynx : il en résulte bientôt des troubles digestifs. Ils surviennent très rapidement chez l'enfant en bas âge ; l'enfant au-dessous de huit ans, en effet, ne crache pas et ne se mouche pas ; il avale constamment les produits muco-purulents de son pharynx infecté. Et, en effet, on voit les entéro-colites des jeunes enfants revêtir des allures infectieuses (selon le professeur V. Hutinel, MM. Marfan, Guinon, Comby, Trémolières) : c'est *la colite muqueuse aiguë* (entérite catarrhale de Hénoch). L'appendicite elle-même ne serait due, selon M. Guinon, qu'à la propagation, à l'appendice, de l'infection intestinale.

Les troubles intestinaux consistent en entérite glaireuse, avec fausses membranes dans les selles, ventre ballonné ou flasque. Ils n'évoluent pas isolément, mais coexistent avec des symptômes gastriques. Ils résistent aux traitements habituellement dirigés contre eux (hygiène, régimes, cures hydrominérales, etc.), ou, du moins, ne s'améliorent de façon durable que lorsqu'une thérapeutique rationnelle a débarrassé le sujet de ses manifestations rhino-pharyngées.

M. Guisez pense que, chez ces malades, il faut examiner attentivement le pharynx, et ne pas opérer tant que le cavum est enflammé. Le cas échéant, M. Guisez soumet les malades, avant l'intervention et pendant huit à dix jours, à un traitement désinfectant et calmant. Enfin, il recommande de n'enlever les amygdales et les végétations adénoïdes que lorsque le pharynx sera tout à fait décongestionné.

P. Sée.

Potion contre la diarrhée, par M. Nigay (*Journal de médecine*, n° 3, 20 janvier 1907, p. 17).

Cristaux de fortoïne.....	0 gr. 60
Eau chloroformée.....	120 gr.

par cuillerée à soupe toutes les deux heures.

P. Sée.

L'alimentation végétarienne, par PIERRE FAUVEL (*Premier Congrès international d'hygiène alimentaire*, d'après *Journal des Praticiens*, n° 1, 5 janvier 1907, p. 12). — Le principal reproche que l'on adresse au régime végétarien est la quantité exagérée d'aliments que le sujet est obligé d'absorber.

M. Pierre Fauvel estime que cette critique n'est pas fondée : le régime peut, en effet, pour un volume relativement faible, couvrir la dépense de 60 à 70 grammes d'albumine, soit 1 gramme par kilogramme et par 24 heures. L'auteur indique la composition des repas végétariens.

L'alimentation végétarienne permettrait, d'après M. P. Fauvel, d'effectuer sans fatigue des exercices physiques et des travaux intellectuels prolongés, et de réduire le nombre d'heures de sommeil. Elle donnerait de bons résultats chez les sujets migraineux.

P. SÉE.

Appareil pulmonaire. Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,

Ex-chef de clinique à la Faculté de médecine.

A propos du traitement de l'empyème, par DANDOIS (*Revue méd. de Louvain*, 31 janvier 1907). — La pleurésie, maladie insidieuse, est souvent méconnue ; ce qui fait, entre autres, son danger, c'est la suppuration et il importe beaucoup, au point de vue du pronostic et du traitement, de reconnaître la nature purulente de l'épanchement. Ce diagnostic ne peut se faire assurément que par la ponction exploratrice pratiquée, par exemple, à l'aide de la seringue de Roux.

La guérison d'un empyème par la thoracentèse ne s'observe que dans les cas où le pneumocoque est en jeu, surtout chez les enfants. Si on a reconnu cette origine de l'épanchement et si les symptômes ne sont pas menaçants, on peut se contenter de la simple ponction aspiratrice. Mais il n'y a plus lieu d'y recourir si le pus se reforme.

Cependant la ponction reste encore, dans tous les cas, un traitement d'attente si la dyspnée est extrême ; si la faiblesse du malade réclame un soulagement immédiat, on sera ainsi obligé de différer l'incision.

L'incision de la plèvre est une opération très ancienne, bien antérieure à la thoracentèse et exempte de danger. Si l'on veut faire un bon drainage, il faudra réséquer un fragment de côté de 3 à 4 centimètres à l'endroit où la séreuse doit être incisée. La narcose chloroformique est préférable à l'éther, mais offre évidemment des dangers qu'on peut éviter par l'anesthésie locale. L'auteur a eu recours plusieurs fois à la congélation de la peau et a pu pratiquer l'incision de la peau sans éveiller de douleur, mais la résection osseuse doit être rapidement faite. La plèvre incisée et le pus évacué, il faut s'abstenir de laver la cavité pleurale, ce qui peut provoquer des accidents graves. Ces lavages seront cependant indiqués dans les pleurésies putrides ou gangréneuses, mais en se servant de liquides inoffensifs, comme la solution saline physiologique.

Chez le tuberculeux, on ne fera l'incision que si l'empyème est à marche rapide, l'état général relativement bon et les lésions tuberculeuses peu avancées, sinon on s'en tiendra aux ponctions palliatives. Braun les fait suivre parfois d'une injection de glycérine iodoformée en petite quantité, à 10 p. 100. Il faut toujours s'assurer que l'empyème n'est pas bilatéral. Un côté sera alors traité par la ponction et l'aspiration.

Après l'opération de l'empyème, au cours de la convalescence, il faut s'efforcer de provoquer l'expansion du poumon, par exemple, en gonflant un ballon de caoutchouc.

L'opération d'Estlander sera applicable lorsque tout espoir de voir se tarir la suppuration sera perdu. Cette opération qui a pour but la résection sous-périostée d'une portion notable de côtes en vue de rendre mobile la paroi thoracique doit être laissée au chirurgien de profession.

L. JUMON.

Essai sur l'emploi de l'hémoplase chez les tuberculeux, par DUMAREST, BAYLE et BAUDOIN (*Marseille médical*, n° 2, 1907). — L'hémoplase est un extrait protoplasmique de globules sanguins, à l'exclusion des stromas globulaires et de tout antiseptique ou autre substance étrangère. Ce produit doit, en conséquence, introduit directement dans la circulation, fournir au sang les matériaux nécessaires à une régénération rapide.

Les auteurs ont pratiqué, sur des tuberculeux, au sanatorium d'Hauteville, 129 injections de 10 ccm. chacune, toujours intra-

musculaires (région fessière); ils injectaient trois fois par semaine (11 malades traités). Ces injections n'ont jamais provoqué d'accident toxique ou infectieux : la température n'a jamais été influencée.

Chez deux nerveux, on observa une crise de dyspnée avec angoisse, sans cyanose, qui se dissipa en quelques minutes.

Chez deux malades, le nombre des injections a été insuffisant, et on ne saurait tirer de ces deux observations une déduction quelconque ; il reste donc à considérer 9 malades ayant reçu un total de 125 injections.

Chez 7 malades, l'appétit et les forces ont reçu un coup de fouet immédiat et très manifeste : une fois, l'appétit fut augmenté sans que les forces fussent modifiées, et une autre fois on n'obtint qu'un arrêt dans l'amaigrissement, qui présentait jusque-là une marche constante et rapide.

L'hémoplase ne paraît pas avoir une action bien manifeste sur l'intoxication tuberculeuse, ni sur les lésions viscérales, mais son action de stimulation et de sollicitation dynamogénique générale est des plus manifeste.

E. Vogt.

Contribution à l'étude des médicaments cardio-vasculaires, par le prof. H. Henrijean (*La Province médicale*, 1er décembre 1906). — Cette étude a trait à l'influence des médicaments cardio-vasculaires sur les hémorragies de la peau et des organes, elle a donné en résumé les résultats suivants : L'ergot de seigle a toujours provoqué un écoulement sanguin plus considérable par la plaie cutanée et l'accélération du pouls est toujours accompagnée d'une augmentation de l'écoulement sanguin lorque la pression est assez élevée. Les résultats sont inconstants avec l'extrait d'hydrastis canadensis. Le vaso-constricteur le plus puissant est l'adrénaline, qui donne une hémostase complète et la cessation complète de l'écoulement sanguin au niveau de la plaie cutanée, mais cette action s'épuise assez vite. La vaso-constriction due à l'adrénaline peut résister à l'augmentation de l'énergie des contractions cardiaques aussi longtemps que le pouls est ralenti. Si le pouls s'accélère et que la pression s'élève, la vaso-constriction est vaincue.

L'auteur a pratiqué un certain nombre de recherches pour établir l'action directe de la digitale sur les hémorragies cutanées ou intestinales. A dose toxique suivie d'une élévation rapide de la pression sanguine, la digitale augmente l'hémorragie. Si la dose est simplement suffisante pour produire le ralentissement du pouls et l'élévation de la pression, l'écoulement sanguin diminue pendant la phase de ralentissement du pouls. Avec le strophantus, l'hémorragie augmente si la pression est élevée et le pouls accéléré, et diminue si le pouls est ralenti, malgré la hausse de la pression. Celle-ci n'est donc pas le seul facteur qui entre en jeu pour augmenter l'écoulement sanguin, le nombre des pulsations joue un rôle appréciable, sans doute parce qu'il est l'indice d'un état spécial de vaisseaux, qui se dilatent et se rétractent lentement quand le pouls est lent. Sous l'action des médicaments vaso-dilatateurs, tels que le nitrite d'amyle, la trinitrine, l'écoulement sanguin est parallèle à la pression, quelle que soit la rapidité du pouls. L'action sur les hémorragies n'est pas influencée par la fréquence du pouls, comme dans le cas des médicaments vaso-constricteurs.

Au point de vue thérapeutique, il y aurait lieu de rechercher quels sont les cas où l'association d'un médicament cardiaque ou d'un médicament vasculaire est indiquée pour favoriser l'irrigation d'un organe, de même qu'il faut se rappeler que l'appareil circulatoire peut être atteint dans sa partie cardiaque ou dans sa partie vasculaire. Suivant les cas, on s'adresse aux médicaments cardiaques ou vasculaires en tenant compte des effets des doses.

L. Jumon.

Action des médicaments sur l'hypertension vasculaire, par L. Coley (*Brit. med. J.*, 24 nov. 1906). — Trois facteurs contribuent à la production d'une tension artérielle élevée : l'augmentation de la résistance périphérique, l'accroissement de la force du cœur, l'augmentation de volume de sang. Une oxygénation insuffisante, comme dans l'emphysème, la rétention de déchets toxiques agit sur la paroi des capillaires en les maintenant dans un état de contraction permanente. Dans la question du traitement médicamenteux de l'hypertension il est de la première importance d'en reconnaître les causes.

Les nerfs splanchniques, par exemple, contribuent à régler la pression sanguine et leur excitation détermine souvent une augmentation générale de la pression. Il faudra donc combattre les troubles diges-

tifs et augmenter l'élimination des toxines par des moyens appropriés. La simple existence de l'hypertension n'est pas une indication forcée du traitement médicamenteux sauf lorsqu'elle est excessive.

Les médicaments qui agissent pour abaisser la pression sanguine peuvent être rangés en trois catégories :

1° Les dépresseurs du cœur : antimoine, veratrum virile, aconit, alcool, sels de potassium, chloral, quinine, acide salicylique, mercure, arsenic ;

2° Vasodilatateurs : nitrites, alcool, quinine, acide salicylique, arsenic, mercure ;

3° Purgatifs.

L'antimoine, en raison de ses effets nauséeux et purgatifs et de son action fortement dépressive, trouvera difficilement place dans le traitement de l'hypertension. Les expériences tentées ici avec l'alcool n'ont pas donné de résultats satisfaisants et l'action du médicament est très irrégulière. Le chloral abaisse nettement la pression sanguine, déjà un peu abaissée dans le sommeil, cependant il faut être circonspect dans son emploi chez les artérioscléreux en raison de son action dépressive sur le cœur. L'auteur n'a constaté aucune modification sur la pression sanguine avec les iodures dans les cas avancés d'artériosclérose et il doute de leur action sur l'hyperplasie conjonctive des vaisseaux. La quinine à petites doses n'exerce pas d'influence sur la pression chez les sujets normaux ; par contre, elle peut l'abaisser lorsqu'elle est très élevée. De même l'acide salicylique est un dépresseur assez faible. Le mercure et l'arsenic n'ont qu'une action légère et temporaire.

En résumé, l'action d'un médicament n'est pas la même sur des vaisseaux normaux et pathologiques ; il en est ainsi du veratrum, de l'aconit et de la nitroglycérine. L'usage routinier des iodures ne produira aucun effet dans les cas d'hypertension marquée. Parmi les médicaments dépresseurs vasculaires on choisira, de préférence, ceux qui favorisent l'élimination. L'aconit ou le veratrum ne doit être employé que si on connaît l'énergie cardiaque par l'étude de la pression systolique et diastolique.

L. Jumon.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de la névrite multiple, par Dercum (*The Therap. Gazette*, 15 janvier 1907). — Dans toutes les formes de polynévrite, quelle qu'en soit l'origine, le repos au lit s'impose. Dans la plupart des cas d'ailleurs le malade est obligé de se coucher. Les jambes doivent être placées sur des coussins mous dans une position intermédiaire entre la flexion et l'extension. On les enroulera d'une bande de flanelle modérément serrée. Pour combattre les douleurs une combinaison de morphine et de phénacétine donne d'excellents résultats. Une fois les douleurs calmées il faut rechercher la cause de l'affection. En cas de névrite alcoolique, forme la plus commune, il faut supprimer immédiatement l'alcool. Un traitement approprié sera adopté lorsqu'il existe une cause diathésique, comme le rhumatisme. Il est bon de commencer le traitement par l'administration de diaphorétiques, qui favorisent l'élimination de l'alcool ou d'autres substances toxiques. L'ingestion abondante de liquides favorise la diurèse. Une fois la période de début passée on donnera l'acide salicylique et ses composés. En dehors des cas de névrite due au froid, ils sont certainement avantageux dans les autres formes. Le médicament doit être administré sous la forme la moins irritante. Les solutions neutres de salicylate d'ammonium sont en général mieux supportées que le salicylate de soude. En tout cas on le donnera largement dilué et autant que possible après des aliments. L'aspirine s'applique certainement à plus de cas que les salicylates de soude et d'ammonium. On la donne à dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 90 toutes les quatre heures. Dans quelques cas elle donne lieu à des troubles d'estomac, on a alors recours au salophène à des doses semblables, mais le médicament est moins efficace que l'aspirine. Le traitement doit être continué durant plusieurs jours, pendant une semaine ou deux. Le cœur doit être particulièrement surveillé surtout pendant l'emploi des salicylates ; il est alors prudent de donner de la digitale. Lorsqu'on suspend l'usage du salicylate on a recours au lycétol ou à la pipérazine qu'on donne dans d'assez grandes quantités d'eau.

En général, dans la plupart des cas, l'affection passe à une période subaiguë ou chronique. Il est inutile de continuer les salicylates ou la pipérazine. Il est préférable de recourir au sublimé à la dose de 2 milligrammes ou à l'iodure de potassium à dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 90 trois fois par jour ou à ces deux médicaments ensemble.

Au bout d'un certain temps surviennent de l'anémie et de l'amaigrissement qu'on combattra par le fer, l'arsenic et la strychnine. L'électricité est indiquée lorsqu'il subsiste de la faiblesse musculaire.

L. Jumon.

Traitement de la morphinomanie, par le prof. Patoir (*Echo méd. du Nord*, 10 février 1907). — *Traitement prophylactique* : ne conseiller qu'avec beaucoup de prudence l'injection de morphine aux malades qui souffrent d'affections douloureuses, mais curables; observer cette prudence vis-à-vis des nerveux, des hystériques, ne pratiquer les injections que temporairement. Le médecin doit s'astreindre à faire lui-même l'injection et mettre sur son ordonnance la mention : ne pas renouveler.

Traitement curatif. — La méthode brusque de démorphinisation ne peut être appliquée que dans une maison de santé ou une installation spéciale. Le malade est couché dans une chambre isolée pendant toute la période critique de la cure. Les symptômes de l'abstinence nécessitent la présence constante du médecin. La période dangereuse dure en général une semaine, mais il faut trois ou quatre semaines pour confirmer la cure. La méthode ne doit être conseillée qu'avec une extrême réserve même aux malades résistants, et doit être réservée à ceux dont les appareils circulatoires et nerveux sont intacts.

La méthode rapide ou procédé en terrasse consiste à supprimer d'abord la moitié de la dose habituelle, ce qui ne provoque pas de troubles notables. Après cette première réduction on en tente une nouvelle portant également sur la moitié de la dose restante et l'on descend ainsi de terrasse en terrasse, jusqu'à la suppression complète qui peut s'obtenir au bout d'une dizaine de jours. Les symptômes d'abstinence sont infiniment moins graves qu'avec la méthode brusque, mais nécessitent une surveillance constante et l'isolement dans une maison de santé. La guérison sera d'autant plus stable que la période de démorphinisation sera plus courte et la période de convalescence plus longue.

La méthode lente retranche chaque jour une petite dose de morphine de manière à arriver insensiblement à zéro. Le procédé est en général inefficace en raison de la longue durée des symptômes d'abstinence, qui épuise l'énergie des malades. Ceux-ci échappent ainsi à la surveillance. Mais on peut essayer ce traitement soit au début soit à la période de cachexie morphinique ; il est d'ailleurs le seul applicable en dehors de l'internement.

La méthode substitutive appelle à son aide un médicament moins nuisible qu'on substitue à la morphine. La cocaïne, l'éther, même les boissons alcooliques sont dangereux. Il est plus logique de se servir de doses modérées d'opium. C'est une méthode qui n'est pas à conseiller.

Quel que soit le procédé employé il faudra combattre les accidents d'abstinence toujours possibles. L'agitation, l'angoisse se calment spontanément; on peut toutefois employer ici le massage, l'hydrothérapie, les frictions stimulantes. N'employer les hypnotiques qu'avec une extrême réserve. Contre la dépression cardiaque employer le sulfate de spartéine à raison de deux à cinq centigrammes, par jour, la caféine, l'huile camphrée, les stimulants diffusibles; en cas d'oligurie, faire une injection de 500 grammes de sérum artificiel. En cas de danger extrême, faire une injection de morphine.

Contre les douleurs d'estomac et les vomissements, employer le bicarbonate de soude et les lavages ; contre la diarrhée, eau albumineuse et opiacés.

Traiter l'état général : toniques, alimentation tonique et substantielle, fer, iode, arsenic, quinquina, bains froids et douches froides, suivies de frictions stimulantes.

Rééduquer la volonté, interdire l'oisiveté, éviter la solitude. La suggestion hypnotique a des inconvénients graves et il vaut mieux s'en tenir aux méthodes ordinaires de la psychothérapie. L. Jumon.

Les crises gastriques d'origine morphinique dans le tabes, par M. Ostankov. — (*Vratch Gaz.*, n° 11, et *Courr. Médic.*). — M. Ostankov, privat docent à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, cite l'observation d'un tabétique ayant présenté des crises gastriques dues à une intoxication morphinique. Le malade auquel on

avait prescrit, contre les douleurs fulgurantes, des injections de morphine, se fit à l'insu du médecin, des piqûres et fut bientôt intoxiqué par cet alcaloïde. Une cure de démorphinisation fit disparaître les troubles gastriques.

L'auteur fait remarquer, à propos de ce cas, que tous les analgésiques (morphine, antipyrine, etc.), malgré leur emploi courant dans le tabes, augmentent les douleurs fulgurantes et les crises gastriques. Il faut donc être très prudent lorsqu'on prescrit ces médicaments. P. SÉE.

Maladies des Voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Traitement de l'uréthrite blennorrhagique par l'iodure d'argent, par Paul LA ROQUE (*Therap. Gazette*, 15 nov. 1906). — Un urèthre qui suppure est un sinus qui doit être traité, comme toute plaie en cul-de-sac, par des irrigations fréquentes et abondantes avec des solutions non antiseptiques. L'ingestion de grandes quantités d'eau de boisson, en augmentant fortement la diurèse, répond à cette indication dans les cas aigus. Dans l'uréthrite chronique, l'inflammation est le plus souvent localisée à la fosse naviculaire et dans le bulbe. Il est très difficile de faire avorter la maladie même tout au début, et impossible après quarante-huit heures. L'auteur préconise comme topique très efficace une solution d'iodure d'argent à 10 p. 100. Comme, à ce titre, le médicament est insoluble dans l'eau, on le prescrit en émulsion dans du mucilage de graines de coings. Dans les cas aigus le traitement doit être continué jusqu'à la disparition de l'écoulement et des gonocoques de l'urine.

Il est rare, d'après l'auteur, que la guérison ne soit pas obtenue ainsi en une semaine : rarement elle a exigé deux semaines. Les cas chroniques non compliqués exigent deux à quatre semaines. Avant d'injecter dans tout le canal l'émulsion d'iodure d'argent on fait, dans les cas aigus, une large irrigation uréthrale, avec une solution à 1 : 10000 de permanganate de potasse ou avec de l'eau stérilisée. On répète l'injection trois ou quatre fois par jour, après que le malade a uriné. L'émulsion qui doit remplir tout l'urèthre est maintenue dans le canal durant deux ou trois minutes. Dans les cas chroniques, lorsqu'il faut agir par des massages sur la prostate et les vésicules séminales, et qu'on doit introduire des sondes, il est indiqué de recourir au salol, à l'acide borique, à l'urotropine, parfois à des astringents, comme le sulfate de zinc, en très petite quantité. L. JUMON.

Valeur clinique de la cytospurine, par LOOSE (*Deutsche med. Wochenschrift*, 10 janvier 1907). — Ce nom a été donné à un sel double d'acétate de soude et d'hexaméthylène-tétramine, que l'auteur a administré, à la dose de 2 grammes trois fois par jour, à 45 malades atteints de troubles vésicaux. Le médicament est fort bien supporté ; il augmente la diurèse et fait rapidement disparaître les accidents que l'on observe dans les diverses variétés de cystite. En outre, le médicament exerce une action indéniable sur la blennorragie, aiguë ou chronique, en modifiant la muqueuse uréthrale. E. VOGT.

Traitement des calculs vésicaux chez les prostatiques, par MINET (*Société médico-chirurgicale*, 24 janvier 1907). — L'hypertrophie de la prostate est une cause prédisposante aux calculs vésicaux ; elle empêche les graviers uratiques venus du bassinet d'être expulsés par l'urètre et leur permet de grossir dans le bas-fond vésical ; d'autre part, elle entretient la stagnation et l'infection urinaire, ce qui favorise la formation de calculs phosphatiques.

La prostatectomie est le traitement radical de la lithiase vésicale et de l'hypertrophie prostatique, mais cette opération n'est pas toujours indiquée lorsqu'il existe un calcul ; elle demande encore d'autres indications, telles que : la difficulté du cathétérisme, l'infection incurable, la rétention définitive, etc. Chez les calculeux qui ne présentent pas d'autres indications de prostatectomie, il n'est pas besoin de faire la taille : la lithotritie peut être suffisante, à condition de faire des vérifications soigneuses, et de soigner ultérieurement la vessie très rigoureusement.

Boursier fait remarquer qu'il est très utile, chez les prostatiques faisant des calculs uratiques, de pratiquer chez eux, de temps en temps, l'aspiration avec une grosse sonde métallique afin d'évacuer les calculs, alors que leur volume leur permet encore de passer par la sonde.

M. DESCHAMPS.

L'épithélioma adénoïde de la prostate, par ALBARRAN (*Clinique de l'hôpital Necker*, 1907). — Les adénomes prostatiques peuvent subir la transformation épithéliale comme les adénomes du sein, la maladie kystique de la mamelle, les adénomes sébacés.

C'est pourquoi il n'est pas rare de voir, quelques années après une prostatectomie, le malade présenter de nouveau de la rétention, avec cystite et hématuries : la prostate s'est reformée sous forme d'épithélioma adénoïde. La récidive peut se faire au bout d'un temps variable, vingt mois dans un cas de Desnos, quatre ans dans un cas d'Albarran.

La transformation épithéliale de l'hypertrophie simple peut se faire, d'ailleurs, spontanément, sans intervention préalable, au bout de cinq, dix et même quinze ans.

Le cancer de la prostate est plus fréquent qu'on ne le croit généralement : sur dix cas d'hypertrophie prostatique, on rencontre environ un cas de cancer.

Un malade du service, prostatectomisé il y a quelques années, est revenu avec une prostate de nouveau hypertrophiée, de la rétention complète, de la cystite, des hématuries. On trouva, à la taille hypogastrique, un lobe médian faisant saillie dans la vessie, et une prostate rendue difficile à décapsuler par suite des adhérences anciennes : l'examen histologique montra des tubes glandulaires entourés de proliférations épithéliales ; ce cas est typique comme transformation de l'adénome en épithélioma.

Les grosses prostates à évolution rapide doivent rendre circonspect au point de vue des réserves à faire ; cependant, il faut savoir que, dans certains cas, on peut voir se produire à la suite de prostatectomies, des kystes prostatiques post-opératoires ; leur apparition est, en général, rapide, plus rapide que la récidive épithéliale.

M. DESCHAMPS.

Hématuries et coliques néphrétiques au cours de la néphrite, par ASKANAZY (*Zeitschrift für klin. Med.*, Bd. 58). — Certaines formes de néphrites peuvent s'accompagner d'hématuries abondantes avec crises douloureuses simulant la colique néphrétique. L'affection est le plus souvent bilatérale ; quelquefois cependant elle peut affecter un seul rein. La palpation de l'organe est douloureuse, il y a peu ou pas d'augmentation de volume : la douleur spontanée siège dans la région lombaire et s'irradie le long de l'uretère. En dehors de la douleur et de l'hématurie, il n'y a aucun signe fonctionnel, pas de diminution des urines, pas de symptômes d'urémie.

Dans onze observations personnelles recueillies par l'auteur, le diagnostic étiologique de l'hématurie a été confirmé soit par l'évolution clinique, soit par l'autopsie.

Le syndrome de la colique néphrétique serait dû non pas à la migration des caillots dans l'uretère, mais à la congestion du rein.

Le traitement chirurgical consiste à pratiquer l'incision du rein ou la décapsulation.

M. DESCHAMPS.

Hématurie au cours d'une néphrite chronique latente, par Emile FOISY (*Annales méd.-chir. du Centre*, 25 nov. 1906). — A propos d'un cas d'hématurie abondante survenue chez un homme de cinquante-sept ans, atteint de néphrite latente, l'auteur donne des indications à suivre pour le traitement en pareille circonstance. Chez le malade en question, on fut obligé, après des tentatives de cathétérisme restées à peu près sans résultats pour l'évacuation, d'ouvrir la vessie et de la débarrasser de ses caillots, puis on dut faire la néphrectomie du rein gauche. Le malade guérit, mais, dans la suite, abandonnant son régime lacté, l'urine devint rare et il succomba rapidement à l'urémie. Les reins présentaient les lésions d'une néphrite chronique scléreuse relativement peu avancée.

Lorsque le diagnostic d'hématurie par néphrite chronique est posé, le traitement médical doit être institué avec vigueur. Il est des cas, comme celui-ci, où malgré trois semaines de repos au lit, de diète lactée, de révulsion sur les reins et l'emploi de la médication hémostatique, l'hématurie continue avec intensité ; l'anémie extrême oblige alors à intervenir. Les méthodes conservatrices seront les méthodes de choix. En général dès le lendemain de l'opération les urines redeviennent claires. La néphrotomie, en arrêtant l'hématurie, pare au symptôme le plus important de la maladie, mais, pour l'auteur, il y aurait avantage à la compléter par la décapsulation du rein, surtout dans les cas où la néphrite est assez

accusée. Cette opération a été préconisée par Legueu pour agir sur la tension intra-capsulaire en mettant un terme à la congestion du rein par une saignée locale. Mais, après la cicatrisation de l'incision, on pourrait craindre qu'une tension intra-rénale ne se reproduisit; l'action décongestive serait de plus longue durée en pratiquant la décapsulation. Dans quelques cas, en effet, la néphrotomie ne donne qu'un bénéfice passager et l'hématurie peut se reproduire. Les résultats de la décapsulation après néphrotomie seraient excellents.

L. Jumon.

Sur le traitement de la néphrite, par Githens (*American Medecine*, nov. 1906). — L'auteur dans son travail donne un résumé des idées nouvelles sur le traitement des néphrites. On sait aujourd'hui que l'ingestion de grandes quantités d'eau et de sels minéraux est souvent plus nuisible que de grandes quantités d'albumine.

Fürbringer pense qu'il faut donner de l'albumine pour compenser les pertes de cette substance. A ce point de vue la viande est pour lui supérieure au lait. Pour Ernberg le régime doit être riche en protéides et en viande pendant un certain temps suivi d'une période de jeûne pendant laquelle l'albuminurie diminue. Au début de l'urémie il faut supprimer les protéides. Butler est pour le régime mixte en évitant la viande, et Ziegler pense que dans la scarlatine le régime lacté préviendra le développement d'une néphrite. Dufour, Poter et d'autres croient qu'un régime déchloruré aura le même effet et Guinon préconise la viande crue sans sel pendant la maladie. Shattuck divise les cas chroniques selon qu'il existe ou non de l'œdème. Dans le premier cas il faut limiter l'ingestion de l'eau et du sel, dans le second il faut prescrire un régime adapté au malade. Il ne croit pas que les viandes rouges sont plus nocives que les blanches. Dans les cas chroniques c'est une erreur de trop limiter le régime carné.

Dans les cas aigus, au contraire, le jeûne à peu près complet pendant plusieurs jours est le meilleur traitement. Elliot distingue également les cas avec œdème où il faut réduire l'eau et les sels, et les cas à tension élevée où il faut restreindre autant que possible les protéides et l'eau, enfin les cas à tension faible où l'eau et les protéides doivent être permis largement. Croftan insiste surtout sur le danger des toxines résultant de la putréfaction intestinale; dans les cas chroniques, pour lui, le lait contient trop d'eau et de protéides par rapport aux hydrates de carbone et aux graisses. On doit éviter les chlorures autant que possible et la quantité d'eau ingérée ne doit guère dépasser la quantité d'urine. Miller fait remarquer que même chez les personnes normales les chlorures en excès ne sont pas bien éliminés et que dans la néphrite : ils peuvent causer l'œdème ou même l'urémie par œdème cérébral. Deux cas de Bing montrent les effets fâcheux de l'ingestion du sel. Au cours d'une néphrite : les reins se montrèrent subitement incapables d'éliminer le sel. Les chlorures étaient éliminés par les vomissements. Les deux cas guérirent et la fonction rénale se rétablit. Si les reins n'excrètent pas une quantité suffisante de liquide, on peut activer leur circulation, d'après Plessi, en roulant une bande autour des membres inférieurs pour ramener le sang dans le tronc. L'élimination de l'eau et des chlorures augmente alors de 50 à 100 p. cent, tandis que les substances organiques ne sont pas affectées. Grundwald croit que la diurétine agit en augmentant l'irrigation rénale et a vu la quantité d'albumine de l'urine diminuer considérablement par des doses de 1 gr. 80. Il croit que cet effet est dû à une amélioration dans la nutrition de l'épithélium rénal.

L. Jumon.

Valeur des irrigations rectales et coliques dans la néphrite, par Coleman Kemp (*American Mede.* nov. 1906). — Les irrigations intestinales ont une grande valeur thérapeutique dans les néphrites, notamment dans les cas d'oligurie, dans la congestion aiguë des reins, dans l'urémie et la suppression brusque des urines. L'action sur la diurèse n'est pas douteuse. Chez un malade qui n'urinait que 400 cc. d'urine par jour, un lavement de 100 gr. de solution saline, donné toutes les heures pendant trois heures, releva la quantité d'urine à 1200 cc. en huit heures. La température de la solution a une importance. A 45° ou 48° il y a deux phases dans l'augmentation des urines; tandis qu'à une température inférieure, l'urine augmente au bout de 20 minutes; dans le premier cas il y a un maximum au bout de dix minutes, corres-

pondant à la stimulation vasculaire. Bien que la tension soit relevée dans l'urémie, c'est un fait d'observation qu'une irrigation chaude détermine une diurèse profuse, de la transpiration et des selles, le tout suivi d'une chute rapide de la tension du pouls et marqué par une amélioration dans l'état du malade. L'auteur préconise ici l'entéroclyse continue à température élevée comme donnant de bons résultats dans les cas de tension élevée avec œdème pulmonaire. Le second effet de la solution saline normale est de diminuer la congestion rénale, ce qui a été constaté expérimentalement.

Les irrigations intestinales ont un effet diurétique à toutes les températures, mais les irrigations froides n'ont qu'un effet temporaire et si on les continue la quantité d'urine ne tarde pas à baisser. L'auteur les considère comme dangereuses lorsque le rein est affecté. Les meilleurs résultats sont donnés par des irrigations de 42 à 48°.

Mais pour que la chaleur de l'eau se maintienne, le simple lavement ne suffit pas, non plus que l'irrigation avec un long tube : l'auteur recommande une sonde à double courant ou l'adjonction d'une sonde de retour pour pouvoir faire des irrigations continues à température élevée. Le malade est couché sur le dos, le pied du lit légèrement élevé. Pendant qu'on fait l'irrigation on pince le tube de retour afin de permettre au liquide de remplir l'intestin : on fait ensuite passer plusieurs litres de liquide. Dans un cas l'urine augmenta de 500 gr. à 3.700 gr. et plus, au bout de trois jours pendant lesquels on fit trois irrigations par jour. Dans un cas d'oligurie ou d'épanchement pleural double l'urine de 360 cc. augmenta jusqu'à 2000 en 24 heures et l'épanchement disparut ensuite.

L. Jumon.

Traitement de la colique néphrétique, par Harold Upcott (*The Practitioner*, déc. 1906). — Si un malade a été exposé à un traumatisme capable de produire une rupture du rein et si, en outre de la colique néphrétique et de l'hématurie, le shock ne détermine pas de prostration, tandis que les symptômes d'hémorragies s'accusent rapidement, il devient nécessaire de mettre le rein à découvert. L'organe doit être examiné par la voie lombaire : il faut néanmoins préférer l'incision abdominale antérieure, s'il existe un épanchement péritonéal abondant. La néphrectomie s'impose ensuite, si le rein a été gravement déchiré ou si de gros vaisseaux du rein ont été arrachés. Si les déchirures, bien qu'étendues, ne sont pas suffisantes pour abolir définitivement les fonctions du rein, il faut essayer d'arrêter l'hémorragie soit par des sutures, soit par le tamponnement avec de la gaze, tandis qu'au besoin on fera une néphrectomie partielle. Si l'hémorragie est entièrement intra-rénale, la néphrotomie, suivie d'un tamponnement avec de la gaze, sera probablement le meilleur parti à prendre. Les plaies pénétrantes du rein peuvent déterminer une colique néphrétique. Il faudra alors recourir à la laparotomie, à moins qu'on n'ait des raisons de penser que la cavité abdominale n'est pas lésée.

Le traitement de la colique néphrétique associée avec la suppression des urines devra tendre d'abord à supprimer la cessation réflexe de la fonction, et ce n'est que lorsque ce traitement a échoué qu'on peut procéder à des mesures opératoires.

La première indication est de donner un bain chaud et d'appliquer des ventouses dans la région lombaire. Le traitement opératoire consistera dans la néphrotomie et peut-être dans le drainage du rein le plus récemment affecté. Parmi les autres affections rénales, la gravité de la colique ou sa persistance peuvent exiger une intervention opératoire, en dehors même des indications chirurgicales de la maladie qui la détermine : par exemple, l'extraction d'un calcul d'un bassinet, la fixation d'un rein mobile ou la réduction d'une flexion de l'uretère, l'évacuation d'un kyste hydatique ou même la décortication d'un rein granuleux contracté. La plupart de ces états morbides exigeront un traitement semblable, que la colique soit ou non un symptôme dominant.

L. Jumon.

Traitement de la gravelle oxalique, par Dedet (*Journal de clinique méd. et chir.*, 25 juin 1906). — Les oxaluriques peuvent être divisés en deux classes : 1° les oxaluriques dyspeptiques ; 2° les oxaluriques goutteux.

L'oxalurie des premiers reconnaît pour cause une mauvaise hygiène alimentaire : celle des seconds est due au terrain arthritique : elle est en relation avec les diffé-

rentes manifestations de la diathèse (goutte, gravelle, migraine, sciatique, hémorroïdes, etc.); d'après certains auteurs, l'acide oxalique se formerait aux dépens de l'acide urique. Les oxaluriques de la seconde catégorie sont les plus nombreux.

Le dyspeptique oxalurique sera traité par l'hydrothérapie chaude (bains, douches), le repos, le calme, des petites quantités d'eau alcaline faible, légèrement tiède, la suppression dans l'alimentation des aliments riches en chaux et en acide oxalique (thé, cacao, chocolat, pâtisserie, bonbons, œufs, épinards, choux, lait). Si le malade est un neuro-arthritique avec troubles psychiques (hypocondrie, mélancolie), il faudra le remonter par les amers, les glycéro-phosphates et la suggestion. Dans la suite, on y ajoutera l'eau de la source lithinée de Martigny à doses modérées et en y ajoutant de petites doses de sulfate de magnésie (2 gr.) dans le premier verre.

Les oxaluriques goutteux seront traités par l'exercice méthodique (bicyclette, marche, escrime, etc.), et les doses massives d'eau sulfatée calcique lithinée (Martigny, Contrexéville, Vittel).

M. Deschamps.

Traitement chirurgical des néphrites (réno-décortication), par M. P. Ertzbischoff (*Thèse de Paris*, 1906). — Etude actuelle des moyens chirurgicaux employés contre les néphrites chroniques, spécialement les néphrites interstitielles. On sait que la *décapsulation*, ou mieux la décortication a été tour à tour prônée et battue en brèche par médecins et chirurgiens. Il était intéressant de chercher dans une série nombreuse quels sont les résultats généraux de ces premières tentatives. C'est le travail entrepris par l'auteur, qui a pu suivre personnellement quinze malades opérés dans le service de M. Albarran. Dans quelques cas rares, la mort suivit de près l'opération; il s'agissait de crises d'urémie, dans la diurèse ayant débarrassé momentanément les malades de leurs œdèmes. Chez six malades le résultat fut nul, l'albuminurie non influencée. Dans deux cas seulement, il y eut amélioration réelle, en ce sens qu'avec l'aide du régime déchloruré, les maladies ont vu leur albumine diminuer ou disparaître. Lorsqu'on recherche les nombreux cas publiés antérieurement, on voit que la décapsulation n'a produit de bons effets que chez des malades atteints de néphrites infectieuses et non chez ceux qui présentaient de la néphrite intestinale. On peut cependant, dans cette dernière maladie, s'adresser à la réno-décortication, non pour guérir la néphrite, mais pour soulager le malade des hématuries et des douleurs qui l'épuisent, par la décongestion du rein.

L'étude anatomique des reins, chez les malades décédés après avoir subi cette opération, montre qu'il se forme une nouvelle capsule plus épaisse et secondairement une sclérose du rein qui peut demeurer superficielle, ou devenir profonde. L'enveloppement du rein dans un repli péritonéal, dans le but de créer une vascularisation complémentaire, n'a donné des résultats appréciables que dans une petite minorité de cas.

A. Benoit.

Les nouvelles conquêtes de la chirurgie rénale, par M. G. Parlavecchio (*Palerme*, 1906). — L'auteur, pensant qu'il est nécessaire de nos jours d'étendre le domaine des interventions rénales, à peu près bornées actuellement à l'incision et l'ablation, a institué chez le chien une série de fort intéressantes expériences. On peut les résumer en disant qu'elles prouvent la possibilité de suppléer à une irrigation du rein défectueuse en empruntant les vaisseaux du grand épiploon. Ce dernier peut-être utilisé, soit en débridant le rein de sa capsule, pour lui constituer à ses dépens une nouvelle enveloppe, soit en insinuant entre les lèvres de l'incision rénale et de la néphrotomie un double repli de l'épiploon (*Omentisation* extra et intra rénale). Il a réussi, par ce moyen, à faire vivre plusieurs jours un chien auquel il avait lié les vaisseaux rénaux d'un côté, avec néphrotomie du côté opposé.

A. Benoit.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Le melæna des nouveau-nés, par le Dr Marique (*Journal médical de Bruxelles*, n° 51, 20 décembre 1906, p. 801). — M. Marique cite l'observation d'un enfant du sexe

masculin, qui fut pris, quelques heures après sa naissance, d'hémorragie intestinale. Il expulsa du sang, tantôt pur, tantôt mélangé à du méconium. Il rendit également un caillot volumineux.

M. Marique prescrivit un enveloppement humide du ventre, fit entourer les membres d'ouate, et mit l'enfant à la diète hydrique. (La diète a pour but de permettre à l'intestin de se reposer.) L'enfant guérit rapidement.

L'auteur, à l'occasion de ce cas, examine les différentes indications du traitement: elles consistent à lutter contre la petitesse du pouls et l'anémie par les injections de sérum, à combattre le refroidissement par les enveloppements ouatés et les boules d'eau chaude, et à utiliser, contre les hémorragies, les injections de gélatine, l'ergotine, l'adrénaline, le perchlorure de fer, le ratanhia.

P. Sée.

Traitement de la tuberculose dans l'enfance, par Griffith (*The therapeutic Gazette*, 15 déc. 1906.) — Un sujet aussi vaste ne peut être envisagé ici que d'une façon sommaire. L'auteur insiste d'abord sur l'importance du traitement préventif et rappelle qu'on trouve des bacilles tuberculeux dans les maisons infectées, sous les ongles des enfants qui se traînent par terre. L'infection peut être transmise par des baisers, dans les squares, les crèches, les écoles, par le lait. Les enfants prédisposés doivent être fortifiés par des exercices, des lotions froides et des frictions. On doit soigner les végétations adénoïdes et l'hypertrophie des amygdales qui peuvent être une porte d'entrée facile. Tous les ustensiles à l'usage de l'enfant doivent être d'une propreté irréprochable. Le séjour à la campagne fait partie du traitement préventif. La coqueluche et la rougeole doivent être l'objet de soins particuliers.

L'auteur divise ensuite le traitement proprement dit en traitement hygiénique, traitement médicamenteux, traitement spécifique et traitement chirurgical.

Le traitement climatique peut s'effectuer dans presque toutes les localités, bien que les lieux élevés, secs ou ensoleillés doivent être choisis de préférence. Le repos est un facteur thérapeutique extrêmement important.

Il n'existe pas de médicament spécifique, il faut employer les médicaments propres à rétablir une bonne santé générale. On a recours particulièrement à l'arsenic, au fer, à l'iode, au phosphore et surtout à l'huile de foie de morue, les préparations créosotées peuvent être très utiles. Le traitement médicamenteux varie encore selon des indications symptomatiques particulières.

Quant au traitement par la tuberculine et par les sérums antituberculeux, l'auteur pense qu'il reste encore à trouver. Relativement au traitement des tuberculoses chirurgicales, l'auteur est d'avis d'enlever les ganglions tuberculeux, au lieu de simplement inciser les abcès, incision suivie de suppuration prolongée, Dans la méningite tuberculeuse il ne faut pas négliger la ponction lombaire, plus ou moins répétée, qui a donné plusieurs fois des améliorations et une guérison.

L. Jumon.

Des relations étiologiques de l'adénoïdite, de l'entéro-colite et de l'appendicite chez l'enfant, par M. E. Terrien. (*Le Médecin praticien*, n° 27, 20 déc. 1906, p. 488). — Les relations de l'adénoïdite, de l'entéro-colite et de l'appendicite semblent, chaque jour, se préciser davantage. Selon M. E. Terrien, trois éventualités sont possibles :

1° *Adénoïdite et appendicite.* — L'entéro-colite est liée à l'existence de l'adénoïdite. Cette cause de l'entéro-colite a été mise en lumière par les travaux de MM. Triboulet, Aviragnet, Guinon. De même MM. Roux et Josserand admettent que c'est la déglutition des mucosités sécrétées par le pharynx qui cause l'infection intestinale.

2° *Entéro-colite et appendicite.* — La coëxistence de l'appendicite et de l'entérite, discutée pour l'adulte, est admise sans conteste pour l'enfant.

« Chez l'enfant il n'y a pas d'appendicite sans entérite ; quand la colite se localise au cœcum, il y a presque toujours appendicite concomitante. » La crise d'appendicite peut n'apparaître que plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'entérite.

L'adénoïdite déterminant l'entéro-colite devient donc indirectement la cause de l'appendicite.

3° *Adénoïdite et appendicite.* — Dans ce cas, à la faveur d'une infection grippale par exemple, l'adénoïdite et l'appendicite éclatent ou simultanément ou successivement, sans que l'on constate l'entérite. Le chaînon intermédiaire fait alors défaut, mais un examen prolongé du malade ferait peut-

être trouver la phase d'infection intestinale : elle ne semble cependant pas indispensable; et peut-être l'infection qui amène l'inflammation du tissu adénoïdien du pharynx provoque-t-elle également celle du tissu adénoïdien de l'appendice. En effet, les tissus de structure identique réagissent de la même manière vis-à-vis de l'infection.

On voit l'importance de ces considérations au point de vue thérapeutique : le pharynx infecté est une menace perpétuelle pour l'appareil gastro-intestinal. Il faut donc instituer, contre les pharyngites et les végétations, un traitement approprié.

P. Sée.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT,
Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Le monotal, antiphlogistique et analgésique nouveau, par Hecht (*Die Heilkunde*, janvier 1907). — Ce nom a été donné à l'éther éthylglycolique du gaïacol, qui se présente sous l'aspect de cristaux fondant à 31° et se transformant en un produit huileux, incolore, d'odeur faiblement aromatique. Le monotal, appliqué sous la peau, ne l'irrite pas et est aisément résorbé : la quantité de gaïacol absorbée après une friction est de 8 p. 100 environ : si l'on se sert de gaïacol vrai, le chiffre est de 16 p. 100 Une friction se fait, le plus souvent, avec 4 à 5 grammes appliqués sur la région pectorale ou dorsale.

Les effets thérapeutiques sont analogues à ceux du gaïacol : l'auteur a obtenu une action antiphlogistique dans des cas d'érysipèle, de rhumatisme musculaire et articulaire, de névrite, d'orchite, de pleurésie, de parotidite, etc.

L'auteur a traité une trentaine de cas divers, et n'a jamais enregistré de troubles accessoires. Les malades ont tous remarqué que l'effet analgésique était prompt et sûr.

E. Vogt.

La cure d'Evian, par le Dr Souvestre. *Communication faite à la Société des sciences médicales d'Angers* (d'après la *Province médicale*, n° 1, 5 janv. 1907, p. 7). — Autrefois on faisait prendre au malade à jeun trois ou quatre litres d'eau. Cette quantité est trop forte, et actuellement on se contente de 500 à 1.000 grammes de Cachat. La cure est dite « bonne » quand le malade, dans les deux heures qui suivent l'ingestion de l'eau, urine une quantité supérieure à celle qu'il a bue. L'urine dite « de cure » est peu colorée, peu dense, mais riche en acide urique et en chlorures.

Certains malades éliminent difficilement leur eau. On emploie alors divers moyens : on fait garder le lit au malade, on lui masse l'abdomen. On peut encore lui administrer un purgatif léger, ou diminuer brusquement la dose ingérée. Il importe, en effet, que l'eau soit éliminée dans les deux heures qui suivent son ingestion, sinon le patient aurait des vertiges, de la céphalée et même de la congestion rénale ou hépatique, et de l'hydropisie cellulaire.

Sont justifiables de la cure d'Evian, les malades atteints de lithiase rénale ou vésicale, les surmenés, les neurasthéniques, les gros mangeurs. La cure des cardio-artériels et des urémiques doit être faite avec beaucoup de précautions.

P. Sée.

Sur le massage par l'air, par R. Klapp (*Munch. med. Woch.*, 1er janvier 1907).— On a employé le courant d'air sous forme de douche d'air chaud, mais on n'a pas encore employé la force de projection de l'air pour produire un massage. L'auteur a imaginé un appareil qui donne par un tube de 8 centimètres de diamètre un puissant courant d'air que l'on peut interrompre à volonté et périodiquement. L'air peut être employé chaud ou froid. Si on dirige le courant sur la peau, celle-ci se déprime et l'individu a la sensation d'une forte pression localisée, que l'on peut faire varier à chaque instant à volonté. On a ainsi un véritable massage qui se distingue du massage manuel par l'absence de toute friction. Ce massage par l'air produit une hyperémie réactionnelle, que l'air employé soit chaud ou froid.

L'auteur a employé ce massage sans friction dans la plupart des cas où l'on emploie le massage manuel. Dans les fractures récentes, ce massage a l'avantage d'être indolore et de ne pas exercer comme la main, des tiraillements sur les tissus. D'ailleurs le massage par l'air est également agréable dans les affections douloureuses et celles qui ne le sont pas. Si on l'emploie dans les fractures récentes on n'a pas besoin de

déplacer le membre et on ne risque pas de modifier le rapport des fragments comme cela arrive parfois lorsqu'on emploie le massage ordinaire dans les fractures réduites du radius. Dans les affections inflammatoires les infiltrations cèdent en quelques séances de massage par l'air. Il en est ainsi des infiltrations noueuses des mastites chroniques. Si maintenant on interrompt périodiquement et très fréquemment le courant d'air, on obtient l'effet du massage vibratoire, mais sans friction et l'on voit la surface du corps agitée de tremblements.

L. JUMON.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Les congrès.

(45e Congrès des Sociétés Savantes. Montpellier, 2-6 avril 1907). — Le 45e Congrès des Sociétés Savantes s'ouvrira à Montpellier, dans la salle des fêtes du palais de l'Université, le mardi 2 avril prochain, à 2 heures précises. Ses travaux se poursuivront durant les journées des mercredis 3, jeudi 4 et vendredi 5 avril. Le samedi 6 avril, séance générale de clôture. Il a été arrêté entre les Compagnies de chemin de fer et le département que, sur la présentation de lettre d'invitation remise à chaque délégué, la gare de départ délivrera au titulaire, du 20 mars au 5 avril seulement, et pour Montpellier, un billet ordinaire de la classe qu'il désignera. Le chef de gare percevra le prix entier de la place en mentionnant sur la lettre d'invitation la délivrance du billet et la somme reçue. Cette lettre ainsi visée et accompagnée du certificat régularisé servira au porteur pour obtenir, au retour, un billet gratuit, de Montpellier au point de départ, de la même classe qu'à l'aller et par le même itinéraire, si elle est utilisée du 6 au 15 avril inclusivement. Les délégués dont l'itinéraire normal, du point de départ initial à Montpellier, s'établit par Paris, auront la faculté de s'arrêter, à leur passage, dans cette dernière ville, à l'aller comme au retour, sous la réserve formelle, bien entendu, que ces arrêts auront lieu dans les limites de la validité des lettres d'invitation. Toute irrégularité, soit dans la lettre de convocation, soit dans le certificat de présence ci-dessus mentionnés, entraînerait pour le voyageur l'obligation de payer le prix intégral de la place à l'aller et au retour.

Chaque président de Société savante devra envoyer, au ministère de l'instruction publique avant le 1er mars, dernier délai, la liste des délégués de sa Société qui ont l'attention de se rendre à Montpellier. Il est extrêmement important que l'on indique sur cette liste par quelle ligne la gare de départ est desservie. S'il est nécessaire d'avoir des bulletins de circulation sur plusieurs lignes pour venir à Montpellier, ces lignes devront être très exactement mentionnées, avec le nom de la gare du départ et celui de la gare où le transfert doit s'effectuer.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de thérapeutique oculaire bâties sur les découvertes les plus récentes, par le Dr A. DARIER (3e édition complètement remaniée. Paris, Maloine, 1907. Prix : 12 francs). — C'est là un livre dont la lecture sera d'un grand profit pour le praticien comme pour le spécialiste.

Le nom de DARIER est trop connu de nos lecteurs pour qu'il soit nécessaire de le présenter ici. Il a toujours demandé à la science tout ce qu'elle peut avoir d'utile pour le traitement des maladies oculaires. Le fait que Darier a passé ses premières années d'activité médicale comme préparateur dans un laboratoire de physiologie lui a rendu chère la méthode expérimentale en thérapeutique. Il est un partisan convaincu de l'*expérimentation thérapeutique :* aussi nous présente-t-il, dans la troisième édition de ses *Leçons*, quantité de nouveaux médicaments non seulement utiles en ophtalmologie,

mais d'un usage précieux en thérapeutique générale. Les applications que Darier a fait de la sérothérapie sont empreintes d'un cachet d'originalité et d'innovation hardie qui pourrait bien ouvrir des horizons nouveaux en thérapeutique générale. Il faut lire ses chapitres sur la *sérothérapie des ulcères infectieux de la cornée* ainsi que sa leçon sur le traitement des *tuberculoses oculaires* par la *tuberculine de Koch*.

La campagne que Darier mène depuis près de dix ans en faveur des sels *organiques d'argent* contre le trop caustique nitrate d'argent a forcé les résistances les plus tenaces : et aujourd'hui, il n'est pas d'oculiste qui ne reconnaisse que si le nitrate d'argent est un agent d'une puissance énergique, les nouveaux sels tels que le *collargol*, le *protargol* et surtout l'*argyrol* lui sont infiniment préférables dans les conjonctivites simples, les dacryocystites, etc. Ces derniers sels et l'*argyrol* tout particulièrement ont l'avantage immense d'être très peu ou pas du tout douloureux. Dans la première édition de ses *Leçons*, Darier avait déjà insisté sur l'observation si importante qu'il avait faite que la *dionine* était le premier *analgésique oculaire profond* capable de faire cesser, en quelques heures, les douleurs parfois si terribles de l'*iritis*, de l'*endocystite* et du *glaucome*. Ces faits n'ont presque pas été contestés et aujourd'hui, dans toute la littérature ophtalmologique, tous les auteurs sont unanimes à reconnaître l'exactitude de l'observation si importante et si bien décrite par Darier du pouvoir *analgésiant profond et durable de la dionine*. En médecine générale, on n'emploie pas assez ce précieux agent qui, injecté *loco dolenti*, a une action calmante des plus marquées sans présenter les inconvénients de la morphine.

Quant à la thérapeutique locale préconisée par Darier depuis tantôt vingt ans sous forme d'injections sous-conjonctivales dans les affections oculaires traitées autrefois par des médications générales d'un effet plus que douteux, elle vient de recevoir l'appoint de deux autorités incontestées : le prof. Ch. Bouchard et le prof. Charrin, qui se montrent partisans convaincus des applications médicamenteuses locales.

Comme mode d'application générale des médicaments tels que le mercure, le salicylate de soude, etc., Darier donne la préférence à l'injection intraveineuse qui n'est pas douloureuse et ne laisse aucune trace. Ces injections sont d'une technique un peu plus délicate que celle des injections intramusculaires, mais elles donnent à Darier, depuis dix ans, des résultats qu'il qualifie d'infiniment supérieurs à ceux fournis par tous les autres modes d'application ; nous n'avons aucune raison de douter de ses assertions.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1907, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le Dr Huchard, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 322 pages. Cartonné : 3 francs. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Ce *Formulaire*, écrit sans prétention, avec concision et clarté, vient combler heureusement une lacune : il réunit et étudie, avec toutes les indications pratiques qu'elles comportent, les acquisitions modernes de thérapeutique. Sur le sol mouvant de cette science, dit le Dr Huchard, dans la préface de ce formulaire, nous avons moins besoin de presser que d'assurer nos pas ; et, faire connaître tous les médicaments nouveaux — beaucoup d'appelés et peu d'élus ! — c'est encore mettre le médecin en garde contre cette sorte d'hystérie thérapeutique qui tend à vous envahir et qu'on ne saurait trop combattre.

L'année 1906 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux : le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent. L'édition de 1907 contient un grand nombre d'article sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

Outre ces nouveautés, on y trouvera des articles sur les médicaments importants de ces dernières années.

A propos de tous ces médicaments (et ils dépassent le nombre de 500), l'auteur a exposé, aussi complètement que possible, tout ce que l'on doit savoir : la synonymie, la description, la composition, l'action physiologique, les propriétés thérapeutiques, le mode d'emploi, les doses.

M. Henri Bocquillon a droit à toutes nos félicitations et à nos remerciements.

A ce petit livre qui résume en moins de 300 pages la matière médicale de ces dernières années, on peut prédire un grand et légitime succès ; il est non seulement utile, mais indispensable, à la fois aux chercheurs, aux praticiens et aux élèves.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant :* R. BLONDEL

RENSEIGNEMENTS DIVERS

LÉGION D'HONNEUR. — MM. les docteurs Paul Cornet (de Paris) et Péringuey (de Bordeaux) sont nommés chevaliers.

DÉCORATIONS ACADÉMIQUES. — *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Aragon, H.-J.-A. Colin, Dive, Ch. Leroux, Morisse, Sonrel, Toutain (de Paris); Allard (de Duclair); Audouin (de Bordeaux); Bourgeois (d'Eu); Chauvin (de Puget-Ville); Christine (d'Asnières); Gouffier (de Neuilly-sur-Seine); Groussin (de Bellevue); Laurent (de Bois-Colombe); Moreaux (de Donchery); Peyneau (de Mios); Pilatte (de Nice); Vauthier (de Marseille); Gentit (médecin militaire).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Barlerin, Bezançon, Bigaignon, Broudic, Chenais, V.-A. Clément, Dimier, E.-P. Laffitte, Lafont, Laigre, G.-L. Lévy, Logez-Duc, G. Miropolsky, de Montméja, P.-A. Moreau, Morel, Pagès (de Paris); Adda (d'Asnières); F. Baudouin (de Tours); Behague (d'Arras); Bloch (de Neuilly-sur-Seine); Boileau (de Limoges); Bouan (de Toulouse); Brandala (de Lauzes); Chassaigne (de Verdelais); Coubronne (de Hem); Coulon (de Vitry-sur-Seine); Créhange (de Longwy); Crouzet (de Paulhan); Debève (de Lille); Degroote (de Nice); Dérozier (de Bordeaux); Francq (d'Amiens); Gibert (de Commentry); Girard (de Veules-les-Roses); Guetschel (de Nice); Hellian (de Chitenay); Jay (de Condé-sur-Huisne); Joly (de Ste-Scolasse); Juvigny (de Chouzé-sur-Loire); P.-E. Lartigue (de Lesparre); Layral (de Saint-Etienne); Le Coquil (de Châteauneuf-du-Faou); Le Marchand (de Plouha); Maillefer (de Chalindrey); Malet (de Bordeaux); Meurisse (de Vanves); Murat (de Port-Vendres); Naussac (de Villars); Nodot (d'Auxerre); Ott (de Lillebonne); Ousset (de Toulouse); Paulet (de Saint-Maurice); Perrin (de Billancourt); Pichenot (d'Avignon); Pieri (de Marseille); Roblot (de Charenton); Soudée (de Châtillon-sur-Indre); Tarrou (d'Anduze); Théret (de Tincques); Volpert (de Stenay); J. Clerc, Duffau, Sandras (médecins militaires).

MÉRITE AGRICOLE. — M. le Dr Géhé (de Toulouse) est nommé commandeur; MM. les docteurs Broudic (de Paris); Alphant (de Pernes), Pelou (de La Salzède), et M. H. Labbé, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, sont nommés chevaliers.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie de médecine a proposé et M. le ministre de l'Intérieur a accordé, pour le service des épidémies en 1905 : *Médailles d'or :* M. Martel, chef du service vétérinaire sanitaire de Paris. — *Rappel de médailles d'or :* MM. les docteurs Chabenat (de La Châtre); Hébert (d'Audierne); Marotte (médecin militaire). — *Rappel de médaille de vermeil :* M. le docteur Boquin (d'Autun).

Médailles d'argent : MM. les docteurs Battesti (de Bastia); Ott (de Lillebonne); Malafosse, Moinet (médecins militaires); Romer (de Medan, Sumatra). — *Rappels de médailles d'argent :* MM. les docteurs Gagnières (de Saint-Chef); Le Page-Viger (d'Orléans); Conor, P.-L. Joly (médecins militaires).

Médailles de bronze : MM. les docteurs Blarez (de Bordeaux); Bodin (de Tours); Mau-

rice Coliez (de Longwy-Bas); Coustan (de Fabrègues); Delobel (de Noyon); Fédou (d'Azille); L. Hirigoyen (de Bordeaux); P. Zuccarelli (de Bastia); Dupard, H.-G.-E. Rouyer, Teissier (médecins militaires); Devaux, J. Pugol, Sarrailhé (médecins des troupes coloniales); H. (d'Alexandrie); M. Coreil, directeur du bureau d'hygiène de Toulon. — *Rappel de médaille de bronze :* M. le docteur Decouvelaere (d'Hazebrouck).

RÉCOMPENSES POUR LA VACCINE. — *Allocations, à titre d'encouragement :* 400 fr. à M. le docteur G. Martin (médecin des troupes coloniales); 300 fr. à M. le docteur Bossion (de Saint-Arnaud); 300 fr. à M. le docteur Pethiot (du Conquet).

Médailles d'or : MM. les docteurs Denizet (de Château-Landon); Frémicourt (de Jaulgonne); Hellet (de Clichy); E. Bailly (médecin des troupes coloniales). — *Rappels de médailles d'or :* MM. les docteurs Delobel (de Noyon); J. Poujol (d'Aïn-Bessem).

Médailles de vermeil : MM. les docteurs Pascalis (de Paris); Piot (d'Aiguebelle); E. Richard, Rotillon (de Paris). — *Rappels de médailles de vermeil :* MM. les docteurs Gagnière (de Saint-Chef); Michaux (d'Aubervilliers).

Médailles d'argent : MM. les docteurs Bouton (de Sidi-Arch); Brelet, Claude (de Paris); Creutz (d'Aïn-M'lila); Darré (de Paris); Fédon (d'Azille); Lefaye (de Courbevoie); Mallet, Paisseau, (de Paris); Soulier (de Levallois-Perret); Truffet (de Seyssel); Weil (de Paris); M.-F. Guichard, Sylvestre (médecins militaires).

Rappels de médailles d'argent : MM. les docteurs Billon (de Paris); Blesson (de Montreuil-sur-Seine); Calmeau, Crouigneau (de Paris); Degrave (de Delagrasse); Delarue, Doury, Dubreil (de Paris); Ducourneau (de Benesse-Marenne); Fodéré (de Saint-Jean de Maurienne); Fouilloux (de Saint-Bonnet-le-Château); Frasey (de Paris); Garavel (de Montreuil-sur-Seine); Lemardeley (de Levallois-Perret); Magnin (de Paris); Meinard (de Port-Gueydon) Montignac (de Paris); Pachot (de Vincennes); Pasteau (de Paris); Robin (de Pantin); Roig (de Millas); Schrœder (de Paris); Trouillet (de Kairouan); Vallat (de Vincennes); Yvon (de Paris).

Médailles de bronze : MM. les docteurs Boucher (de Revin); de Bourdineaux (du Perreux); Calvé (de Paris); Cayla (de Neuilly-sur-Seine); Descrimes (de Thiersvillé); A. Ferry (de Mur-de-Sologne); Gruié (de Chellala); Guerbé (de Garignan); Guérin (de Grand-Pré); Guyotat (de Bourg-Argental); Lefèvre, Ripert, (de Fumay); Sevène (de Montlouis); Szcypiorski (de Mont-Saint-Martin); Tapie (de Bourg-Saint-Maurice); Traby (d'Ille-sur-Tet); F. A. Perrin, Tranchant (médecins militaires).

Rappels de médailles de bronze : MM. les docteurs Aussenac (de Montredon-Labessonnié); Legros (de Firminy).

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE

Par **F. Le Dantec**, chargé des cours d'embryologie à la Sorbonne.

1 volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte..... 15 fr.

Le Traitement des affections du Cœur

Par l'exercice et le mouvement

Par le Dr **F. Lagrange.**

1 volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et un autre hors texte..... 6 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des cavités osseuses d'origine ostéomyélitique

Par le Dr G. Rottenstein,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'origine des cavités osseuses est multiple. On peut les diviser en cavités aseptiques et septiques. Les cavités aseptiques sont celles qui résultent de l'ablation de tumeurs osseuses ou de la fonte de gommes syphilitiques. Elles sont relativement peu fréquentes, et le traitement qui convient aux cavités septiques s'adapte encore mieux au leur. Les cavités septiques comprennent l'immense majorité des cavités osseuses. Elles sont la conséquence soit de tuberculoses localisées à un point osseux, soit, et ce sont là les plus fréquentes, de l'évolution d'une ostéomyélite prolongée ou chronique, ayant généralement débuté par une phase d'ostéomyélite aiguë. Tout chirurgien qui a eu un de ces cas à soigner sait combien décevante est l'évolution de ces formes d'ostéomyélite. Quelque soin que l'on apporte à leur traitement, il dure toujours des mois, parfois des années, et sans cesse l'on est à la merci d'incidents ou d'accidents les plus variés. Les récidives sont pour ainsi dire la règle et combien de malades ne voit-on pas qui viennent consulter pour une ostéomyélite fistuleuse, qui dure depuis dix ou vingt ans, qui a subi opération sur opération, curettage sur curettage et qui, toujours invaincue, reparaît après un temps plus ou moins long de silence. C'est surtout contre l'ostéomyélite chronique que se sont acharnés tous les chirurgiens qui se sont occupés de la question. C'est elle aussi qui présente les conditions de traitement les plus défectueuses. En effet, l'os est profondément infecté, des difficultés sans nombre rendent la désinfection absolue très difficile, les tissus de voisinage sont, eux aussi, infectés, sillonnés de trajets fistuleux, la peau est amincie et souvent adhérente à l'os. La présence de séquestres entretient une suppuration continuelle, les limites de l'infection, difficiles à atteindre, créent sous la main du

chirurgien des cavités de dimensions parfois énormes. Le mode de guérison étant le comblement de ces cavités par de l'os nouveau, on peut facilement se rendre compte du temps très long qu'il faut pour que ce résultat soit obtenu. Or, il n'est pas sans grands inconvénients de laisser immobilisés pendant une aussi longue période des malades, pour la plupart encore jeunes, dans la seconde enfance ou l'adolescence, c'est-à-dire à un âge où, physiologiquement et socialement, l'individu a le plus besoin de son activité physique. De plus, ces malades s'anémient, se cachectisent, la suppuration prolongée à laquelle ils sont soumis cause des altérations des organes essentiels à la vie, entraînant à la longue une issue fatale. En outre, pendant une aussi longue évolution, les causes de réinfection sont fréquentes, inévitables pourrait-on dire et, lorsqu'elles surviennent, tout le travail de réparation déjà accompli est anéanti. Aussi les recherches de tous les auteurs se sont-elles appliquées à atteindre ces deux éléments de succès : la stérilisation aussi complète que possible de la cavité et la diminution de la durée du traitement.

On ne trouve pas d'opérations tentées pour la guérison des cavités osseuses avant le milieu du siècle dernier. A ce moment se répandirent les résultats obtenus par Lister et sa méthode. Pendant que l'antisepsie leur permettait toutes les interventions, certains chirurgiens osèrent l'éloignement des sequestres, le nettoyage de la cavité, et ont ainsi été les premiers pionniers dans la voie actuellement encore poursuivie. Mais ils pensèrent aussi que cette même antisepsie allait tarir toute infection dans les cavités nées sous leur ciseau et que la réparation osseuse allait se faire très rapidement. Les faits n'ont pas justifié leurs espérances, Malgré cela, cette méthode remplit un des désidérata cherchés ! l'asepsie aussi complète que possible de la cavité. Elle sert de base à toutes les autres méthodes qui, elles, se sont attachées à vaincre le second ennemi : le temps.

Certains auteurs même, reculant devant la complication apparente des autres méthodes, lui sont restés fidèles jusqu'à nos jours.

Devant l'inefficacité de ce procédé simpliste, un second groupe de chirurgiens a tenté des *procédés autoplastiques*, qui emploient comme mode de comblement soit l'os, le muscle ou la peau.

Frappés des résultats obtenus par les dentistes dans le traitement de la carie dentaire, un troisième groupe d'auteurs se proposa de considérer les cavités osseuses comme des cavités dentaires. Ils recherchèrent le moyen de faire tolérer à l'os une substance étrangère devant séjourner à demeure et se substituer au tissu osseux. A ces procédés seuls s'applique le nom de *plombage*.

Enfin, un quatrième groupe comprend les auteurs qui ont recherché une substance favorisant l'éclosion d'os nouveau, substance résorbable, à laquelle l'os se substitue. Ces derniers se subdivisent en deux groupes secondaires : ceux pour lesquels cette substance ne doit jouer aucun rôle dans la stérilisation de la cavité et ceux, au contraire, qui essaient de lui faire jouer ce rôle.

En résumé, les divers procédés qui ont été proposés pour le traitement des cavités osseuses peuvent être classés de la façon suivante :

1° Les procédés se bornant au simple pansement antiseptique ;
2° Les procédés autoplastiques ;
a). — Ostéoplastiques ;
b). — Myoplastiques ;
c). — Cutanés ;
3° Les procédés de plombage ;
4° Les procédés de substitution.

Sans vouloir entrer dans le détail de ces divers groupes de procédés, ce qui sortirait du cadre de cet article, nous dirons que tous n'ont donné que des résultats médiocres, et tous les chirurgiens s'en tenaient au nettoyage simple de la cavité, avec ou sans résections osseuses, suivi du tamponnement à la gaze aseptique ou iodoformée, recherchant la guérison par comblement lent. Mais cette lenteur même de l'évolution est, comme nous l'avons dit au début, un des obstacles principaux à sa réussite. — Aussi, lorsque, dans une série de travaux allant de 1899 à 1904, von Mosetig-Moorhof publia la technique et les résultats de sa méthode, un pas immense vers la solution de la question fut-il accompli.

L'intérêt de ce procédé réside moins dans la substance de remplissage employée que dans le soin que von Mosetig-Moorhof a apporté à perfectionner, jusque dans ses moindres détails, chacun des temps opératoires. Pour cela il s'est efforcé de dégager les desiderata du traitement des cavités osseuses et d'y conformer sa technique.

Pour cet auteur, la première condition pour que l'obturation d'une cavité osseuse se fasse d'une manière efficace, sans réaction ni générale, ni locale, c'est la parfaite asepsie de cette cavité. Cette asepsie n'est pas obtenue par un simple grattage à la curette, quelque soigneux soit-il, des parois de la cavité, ni même par l'huile portée à l'ébullition, qui ne saurait atteindre les microorganismes cachés et protégés par les parois osseuses. Le nettoyage ne saurait être que mécanique, ne se préoccupant pas d'autre chose que d'atteindre les limites du mal. Nous verrons que le seul instrument efficace est la fraise, qui donne de si bons résultats entre les mains des dentistes.

Une seconde condition est d'avoir un mélange fusible à une température suffisamment basse pour qu'il n'occasionne pas de lésions des parois osseuses, et qui, néanmoins, soit solide à la température du corps. Ainsi seulement est obtenue cette condition primordiale de réussite ; l'obturation exacte de la cavité dans ses moindres méandres. Ce mélange doit en outre être antiseptique, facile à se procurer et à stériliser, enfin être résorbable. Mais, pour que ce mélange adhère intimement aux parois de la cavité, condition primordiale de tolérance, il faut que rien ne vienne s'interposer entre eux. Or, le sang a tendance à jouer ce rôle. D'où la troisième condition à laquelle von Mosetig-Moorhof attache tant d'importance : l'hémostase la plus soigneuse et la siccité absolue des parois. Cette condition de réussite, complètement négligée par la majorité des auteurs, doit être la cause principale de l'échec de la plupart de leurs procédés.

Avant d'entamer l'étude de la technique conseillée par von Mosetig-Moorhof

pour que ces diverses conditions soient remplies, il nous faut dire la composition, le mode de préparation, de conservation et d'utilisation du mélange de cet auteur.

Sa composition. — L'auteur lui-même et tous ceux qui ont suivi son exemple ont employé le mélange suivant :

Iodoforme.....	60	parties
Huile de sésame.....	40	—
Blanc de baleine....	40	—

Un seul, Mayrhofer, a modifié sa composition, le destinant à un usage particulier : l'art dentaire. Il emploie 10 parties d'iodoforme pour 15 d'huile de sésame et 30 de blanc de baleine. Contrairement au mélange classique, celui-ci est transparent à l'état liquide et jaune opaque à l'état solide. Ce même auteur a fait des expériences avec d'autres antiseptiques que l'iodoforme, mais ils lui ont donné de moins bons résultats.

Son mode de préparation et de conservation. — Voici comment ils sont décrits par Damianos dans l'étude qu'il publia en 1903 : dans un vase stérilisé en verre, de forme cylindrique de préférence, on introduit l'huile de sésame et le blanc de baleine que l'on porte ensuite à 80° centigrades. Les deux substances se mélangent et forment un liquide huileux assez clair. Tout en continuant à chauffer, on introduit alors l'iodoforme en agitant constamment le mélange, de façon à répartir l'iodoforme uniformément dans la masse. Lorsque cette répartition semble parfaite, et cela a lieu lorsque le liquide est d'un beau jaune uniforme, on retire le vase du feu et on laisse refroidir tout en continuant à agiter. Le durcissement commence vers 50° à 60° centigrades et, lorsqu'il est complet, le flacon est obturé au moyen d'un bouchon stérilisé. Le mélange peut être ainsi conservé pendant un temps assez long, et il suffit de le faire chauffer au bain-marie au moment de l'opération pour le voir redevenir liquide et prêt à être employé. Dix minutes suffisent pour liquéfier 140 grammes de mélange.

La technique que nous venons d'indiquer sera appliquée lorsqu'on ne disposera pas d'une instrumentation spéciale. Mais elle offre le désavantage de se servir d'un récipient dont l'extérieur n'est pas stérile et ne saurait être touché par les mains de l'opérateur. Aussi von Mosetig-Moorhof fit-il construire un récipient spécial que Silbermark décrit ainsi : l'appareil de conservation est formé d'un récipient double. Le cylindre extérieur mesure 18 centimètres de long sur 5 centimètres de large. Il contient un second cylindre, en verre également, de 20 centimètres de long sur 3 centimètres de large. Entre les deux cylindres on place une couche de coton. Enfin le mode de fermeture est constitué par un capuchon de verre emboîtant le cylindre extérieur et contenant un bouchon en verre plein qui vient obturer le cylindre intérieur. L'appareil est stérilisé ouvert, le capuchon enlevé. Lorsque le mélange est liquide, on le verse dans le cylindre intérieur en prenant bien soin que les bords du récipient qui a

servi à la préparation ne viennent pas à son contact. Puis le capuchon obturateur est appliqué. L'appareil est prêt pour l'emploi. Le jour de l'opération, l'appareil entier est mis au bain-marie une heure avant. Au moment de s'en servir, un aide enlève le capuchon et le chirurgien, ayant les mains stériles, saisit le cylindre intérieur qui dépasse de 3 centimètres et le retire sans craindre de s'infecter, puisque ce cylindre est vierge de tout contact extérieur.

Ses avantages. — Ce mélange est parfaitement résorbable, ainsi que l'expérience le démontre. Il est facile à se procurer, facile à préparer, facile à stériliser. Bien que solide à la température du corps, il se liquéfie à une température suffisamment basse pour que l'iodoforme ne soit pas décomposé. Son homogénéité, l'absence de grumeaux, sa fluidité parfaite lui permettent de se glisser dans les moindres anfractuosités de la cavité, dont l'obturation absolue est ainsi obtenue (Brunning). Dans aucune observation on ne note d'accident d'intoxication. La la lenteur de l'absorption de l'iodoforme doit être la cause de ce fait constant, malgré les quantités considérables de mélange parfois employées, 140 centimètres cubes, soit 60 grammes d'iodoforme dans un cas de von Mosetig-Moorhof.

Son évolution ultérieure. — Bien que von Mosetig-Moorhof ait annoncé dans son travail de 1904 la publication prochaine d'examens microscopiques expérimentaux, rien n'a encore paru sur ce sujet, à notre connaissance du moins. Les seules données sont fournies par Damianos et basées sur l'examen de radiographies en série. Le mélange n'est pas traversé par les rayons Rœntgen, il est même moins perméable que l'os, ce qui permet de reconnaître au milieu de sa forme grise estompée la masse sombre des cavités comblées.

Le premier phénomène qui s'observe au bout de quelques semaines est la diminution des dimensions de la masse et sa régularisation. En effet, les anfractuosités, les « niches osseuses », suivant l'expression de Damianos, facilement visibles sur les premières radiographies, n'existent plus sur les suivantes. Elles se sont comblées. Autour de la tache sombre, formée par la masse de von Mosetig-Moorhof, on voit une zone plus claire qui tranche nettement sur l'os voisin. Ce tissu, plus perméable aux rayons Rœntgen, est de l'os nouveau. Au fur et à mesure que les radiographies s'éloignent de la date de l'opération, cette zone intermédiaire devient de plus en plus large, absorbant la masse introduite dans l'os. La disparition complète exige un temps variable suivant les dimensions de la cavité comblée, mais elle est toujours extrêmement lente. Durerait-elle des mois que cela n'aurait aucune importance, car le malade ne souffre pas, son membre fonctionne normalement, « le processus de guérison se poursuit comme un phénomène physiologique et non comme un phénomène pathologique, sans que le malade s'en doute » (Damianos). Le mécanisme probable de cette résorption est le suivant : des granulations, parties du périoste et des parois osseuses voisines, s'infiltrent dans la masse et finissent par la faire disparaître. La lenteur même de ce processus est la meilleure protection contre les accidents d'intoxication.

Brunning émet même l'hypothèse que la partie graisseuse de la masse est la seule résorbée au début, que les particules d'iodoforme restent incluses dans les travées d'os nouveau et ne disparaissent que très lentement, après quelques années seulement.

Ceci étant dit, voici qu'elle est la technique opératoire de von Mosetig-Moorhof. Elle comprend les différents temps suivants :

Préparation du malade. — Cette préparation qui a une grosse importance est malheureusement trop souvent négligée. La peau des malades atteints d'ostéomyélite ancienne est profondément infectée par l'écoulement persistant des fistules. Un simple lavage avant l'opération, quelque soigneux qu'il soit, ne saurait suffire et nous trouverons quelques observations dans lesquelles une suppuration d'origine cutanée a donné lieu à des abcès superficiels s'opposant à la réunion par première intention. Aussi quatre jours avant le jour fixé pour l'opération, on fera prendre au malade un grand bain savonneux. Au sortir de ce bain, la région opératoire sera de nouveau soigneusement lavée à l'eau chaude et au savon. Pour cela, on ne se servira pas de la brosse, trop dure, mais de tampons formés de fins copeaux de bois enveloppés dans un fragment de gaze et bouillis. Après ce savonnage on passera l'alcool, l'éther, puis de nouveau l'alcool sur toute la région opératoire, enfin l'on fera un pansement humide à l'eau bouillie sans imperméable. Chaque matin, le pansement sera réappliqué après lavage. Au moment de l'opération, un simple lavage à l'alcool et à l'éther suffira.

Application de la bande d'Esmarch. — Nous avons déjà dit quelle importance von Mosetig-Moorhof attachait à l'hémostase. Aussi, chaque fois que cela sera possible, faudra-t-il appliquer un lien à la racine du membre. Cette application est cependant impossible lorsque les lésions sont au voisinage immédiat de la racine et nous verrons plus loin quels inconvénients il en résulte. Von Mosetig-Moorhof recommande l'application de la bande d'Esmarch et, donnant les principes de sa méthode, nous avons conservé ce titre à ce paragraphe. Cependant, dans une leçon faite à l'hôpital Trousseau en 1903, M. le Pr Kirmisson lui préfère la bande de Lister. Après cinq minutes d'élévation du membre, un lien élastique placé à sa racine suffit à amener une ischémie largement suffisante pour permettre une opération dans de parfaites conditions. Notre maître fait remarquer, avec juste raison, combien difficile est l'application de la bande d'Esmarch sur un membre fistuleux, préparé de longue date en vue de l'opération et surtout quels graves inconvénients il y a à refouler vers la racine et, par conséquent, à rejeter dans la circulation générale un sang chargé des microorganismes qui pullulent au voisinage de la lésion. On aura donc tout avantage à appliquer la bande de Lister.

Incision des parties molles. — Connaissant bien les difficultés que présente l'asepsie de la peau, von Mosetig-Moorhof a conseillé une série d'incisions diffé-

rentes suivant les os auxquels on s'adresse, incisions qui se font à distance du trajet des fistules. Outre cet avantage, ces incisions présentent encore celui de ne pas mettre la suture cutanée immédiatement en regard de la cavité comblée, de protéger ainsi la masse sous la couverture d'un lambeau solide et d'éviter les inconvénients qui pourraient résulter d'une infection cutanée toujours possible.

Les incisions conseillées par von Mosetig-Moorhof sont généralement courbes, comprenant la peau, les muscles et le périoste. Pour le tibia, l'incision cutanée est à concavité supérieure, la base répondant à la racine de la jambe et la partie inférieure étant limitée par l'étendue supposée des lésions. Il est nécessaire d'avoir beaucoup de jour, aussi les tracés seront-ils larges et plutôt trop grands que trop petits. Pour le fémur, dans sa partie inférieure, l'incision conseillée par l'auteur siège à la face externe de la cuisse. Courbe à concavité supérieure comme la précédente, sa base embrasse la largeur de la moitié de la cuisse, son sommet arrondi effleure le bord supérieur du condyle externe, ce qui permet au lambeau de ne jamais intéresser la bourse séreuse du quadriceps. Von Mosetig-Moorhof conseille cette voie d'accès quel que soit le siège de la région. Il fait remarquer que, même si le maximum est à la face postérieure du fémur, on a avantage à attaquer la lésion par l'intérieur de l'os, ce qui permet de toujours rester à distance du paquet vasculo-nerveux et d'éviter sûrement sa blessure. Avec ces deux exemples, les opérateurs peuvent varier à l'infini le tracé de leurs incisions suivant les nécessités de siège en observant les principes suivants : lambeaux cutanéo-musculo-périostiques incurvés, dépassant les limites supposées des lésions, passant en peau saine et se maintenant à distance des vaisseaux et nerfs principaux de la région.

Nettoyage de la cavité. — C'est le temps le plus important de l'opération, celui sur lequel l'opérateur devra concentrer toute son attention.

Instrumentation. — Pour arriver aux meilleurs résultats, von Mosetig-Moorhof repousse l'emploi du ciseau. Il emploie la scie circulaire et la fraise, actionnées au moyen de l'électricité.

La scie qu'il emploie est une scie circulaire à dents fines, présentant un diamètre de 2 cm. 5 à 5 centimètres. Quant à la fraise, elle est olivaire de 15 millimètres de long sur 22 millimètres de large, la largeur des lamelles tranchantes étant de 2 millimètres.

Vu l'impossibilité de stériliser le porte-scie ordinaire, Silbermark a imaginé un protecteur particulier, facilement stérilisable. Il est constitué par une enveloppe métallique de 20 centimètres de long, largement ouverte à sa base, fermée à l'autre extrémité par un capuchon hémisphérique percé d'un orifice de 1 centimètre de diamètre. A ce capuchon est fixée une poignée de 18 centimètres environ, s'écartant de l'enveloppe sous un angle de 40 degrés. En regard de cette poignée, l'enveloppe métallique est percée d'une fente longitudinale. Un anneau est soudé à la base et un second anneau, distant de 12 centimètres de

l extrémité antérieure, entoure le protecteur et est porteur de deux vis pénétrant dans sa lumière. Au moment de l'utilisation de l'appareil qui, répétons-le, est stérilisé, on introduit le porte-scie dans sa lumière jusqu'à ce que son orifice vienne coïncider avec celui du capuchon et de façon à ce que l'œil coïncide avec la fente ménagée dans le protecteur. Il est alors plus fixé par les deux vis de serrage placées sur l'anneau moyen. Le tuyau de transmission de l'énergie est alors fixé à la base du protecteur, où il est maintenu par l'anneau inférieur qui l'empêche de glisser. La scie stérilisée est alors fixée dans le porte-scie. Lorsqu'on veut la remplacer par un autre instrument (fraise, tréfine), rien n'est plus facile en la repoussant à l'aide d'un crochet stérilisé, passé dans la fente du protecteur, qui permet d'accéder à l'œil du porte-scie.

Tous les opérateurs n'auront pas à leur disposition une source d'énergie électrique, aussi devront-ils faire usage d'une instrumentation de fortune.

Pour découvrir le canal médullaire et libérer les séquestres on aura recours au ciseau et au maillet. La cavité une fois bien découverte on procédera à un premier nettoyage grossier à la curette, mais, en aucun cas, il ne saurait suffire. Si l'on n'a pas à sa disposition un tour de dentiste qui permet d'adapter la fraise, on pourra se servir, faute de mieux, du perforateur cranien de Doyen, en forme de fraise, que tout chirurgien possède dans son arsenal et à l'aide duquel, en étant soigneux, on peut arriver à d'excellents résultats.

Technique opératoire. — Quelle que soit l'instrumentation que l'on emploiera, la technique opératoire sera la suivante : le lambeau cutanéo-musculo-périostique sera relevé, l'os mis largement à nu. Avec la scie ou le ciseau on onlèvera la paroi du canal médullaire, puis, à l'aide de la curette, on enlèvera toutes les fongosités. C'est à ce moment qu'intervient la fraise. Elle attaque l'os et permet d'atteindre les limites de l'infection, sans s'inquiéter ni de la forme que prend la cavité ni de la quantité d'os ainsi enlevée. Nous verrons que dans de nombreuses observations le tibia, par exemple, a été réduit à une simple attelle osseuse de quelques millimètres de large sans qu'aucun inconvénient en soit résulté. On ne s'arrêtera qu'au moment où l'os restant aura l'aspect d'os *sain* et non pas d'os *normal.* Von Mosetig-Moorhof insiste beaucoup sur ce point, faisant remarquer que l'os est quelque peu altéré dans toute son épaisseur et qu'on ne saurait atteindre l'os normal puisqu'il n'en existe plus.

Hémostase et assèchement de la cavité. — C'est là le temps opératoire qui mettra la patience du chirurgien à la plus dure épreuve. Il ne faut jamais se contenter d'un à peu près et l'assèchement complet ne saurait être assez soigneusement poursuivi si l'on veut atteindre un résultat satisfaisant.

Instrumentation. — Cet assèchement est obtenu par la projection sur les parois de la cavité d'air chaud de préférence à l'air froid, qui, cependant, peut constituer un procédé de nécessité. Von Mosetig-Moorhof emploie un instrument électrique

ainsi décrit par Silbermark. Il est constitué par un manche en bois creux de 13 centimètres de long à l'extrémité duquel s'adapte un second tube métallique coudé à angle obtus et de 7 centimètres de long, permettant le vissage de manchons métalliques de grandeurs variables. Ces manchons sont destinés à contenir une spirale de platine qu'il s'agit de porter au rouge-blanc. Ce but est obtenu au moyen de deux fils électriques, qui cheminent dans l'épaisseur du manche en bois. La lumière centrale de l'appareil sert au passage de l'air amené au moyen d'une soufflerie d'un modèle quelconque.

Pour ceux auxquels l'énergie électrique fait défaut, les différents appareils utilisés en oto-rhino-laryngologie et, plus spécialement, celui présenté à l'Académie de médecine par Glover pourront rendre de grands services. Nous avons fait quelques essais avec un appareil facile à construire soi-même et facile à utiliser qui, nous a donné d'excellents résultats. Il est essentiellement constitué par une spirale en tuyau de cuivre contourné en forme d'alambic et supporté par une tige latérale. Le tout est fixé sur une planchette. Au-dessous, on place un bec Bunzen ou, à son défaut, une simple lampe à alcool à flamme très haute. A l'une des extrémités est adaptée l'arrivée de la soufflerie, à l'autre extrémité un simple tuyau de caoutchouc stérilisé que le chirurgien pourra manier sans crainte.

Si l'on veut employer l'air froid, qui donne toujours de moins bons résultats, on devra obtenir de l'air stérilisé et sec. Pour cela, von Mosetig-Moorhof conseille l'emploi de deux flacons à double tubulure contenant l'un de la formaline à 2 0/0 (stérilisation), l'autre de la ponce sulfurique (asséchement), à travers lesquels on fera passer l'air. La soufflerie elle-même pourra être variable. Si l'on dispose d'un aide, la soufflerie du thermocautère est suffisante. Si on opère seul un soufflet à feu dont l'une des branches est fixée au plancher et dont l'autre porte une boucle de cuir pour passer le pied sera très suffisant.

Technique opératoire. — Elle est des plus simples. La cavité est essuyée avec des compresses stériles qui produisent un premier asséchement. Puis l'on dirige dans toutes les directions, sur les parois de la cavité, le courant d'air jusqu'à ce que l'os ait perdu son aspect brillant et soit d'un beau blanc mat. Cette opération doit être méthodiquement et patiemment poursuivie, le temps qu'on y passe n'est certainement pas du temps perdu, au contraire.

Mais les cas dans lesquels le chirurgien devra faire appel à toute sa patience sont ceux où le siège de la lésion n'a pas permis l'application du lien élastique. Dans ces conditions les canaux de Hawers laissent suinter du sang qui constitue une gêne considérable. Pour ces cas, von Mosetig-Moorhof conseille un tamponnement préalable de la cavité avec de l'adrénaline puis l'application d'air chaud. Le temps que l'on doit passer à cet asséchement est variable suivant les dimensions de la cavité. Von Mosetig-Moorhof parle de trente à quarante-cinq minutes; on voit qu'il ne faut pas se presser.

Coulage de la masse liquide. — Dès que la cavité paraît suffisamment sèche,

on coule à son intérieur la masse iodoformée liquide. Comme toutes les anfractuosités doivent être soigneusement comblées, on aura soin, par des manœuvres d'élévation et d'abaissement du membre, de favoriser la pesanteur dans la répartition du liquide. On ne s'inquiétera pas si quelques parcelles se sont répandues sur les parties molles. Dès que la cavité est bien comblée, le membre est ramené à la rectitude et l'on attend quelques minutes que la masse soit bien durcie.

Traitement de l'opération. — Pendant ce temps on fait l'hémostase du lambeau. Les vaisseaux visibles sont liés et leur recherche doit être des plus soigneuse. Lorsque la masse paraît suffisamment durcie le lambeau est rabattu, les muscles sont suturés ainsi que la peau. On n'excisera pas les fistules qui servent de drainage. On ne mettra pas de drains en caoutchouc entre les lèvres de la plaie. Von Mosetig-Moorhof conseille d'y introduire de petites lamelles de papier buvard stérilisé qui suffiront à absorber les quantités minimes de sérosités qui s'écouleront. On appliquera un pansement iodoformé ou simplement aseptique, en ayant soin de ne pas trop le serrer. Puis on enlèvera le lien hémostatique. Le premier pansement aura lieu au dixième jour, sauf complications, les fils seront enlevés et, par la suite, des pansements hebdomadaires suffiront.

Il existe déjà dans la science 87 observations de ce procédé. 79 appartiennent à von Mosetig-Moorhof lui-même, 5 à Renaud (de Lyon), 1 à Jouon (de Nantes), 1 à Vollbrecht et la dernière à Auffret. L'étude de ces observations montre que la méthode de von Mosetig-Moorhof présente sur le curettage simple un grand nombre d'avantages qui peuvent se résumer de la façon suivante : asepsie beaucoup plus complète de la cavité qui est comblée par un mélange iodoformé antiseptique, possibilité d'une réunion par première intention, rapidité beaucoup plus grande de la guérison, qui demande quatre à six semaines au lieu des mois qu'exige le premier procédé. Si, dans quelques observations autres que celles de von Mosetig-Moorhof, on note des ascensions de température, des éliminations du mélange, cela tient, de l'aveu des opérateurs eux-mêmes, à un manque d'instrumentation et à des fautes de technique. Lorsque les auteurs se conforment exactement à cette dernière (Jouon, Auffret), les résultats sont identiques à ceux de von Mosetig-Moorhof. Voici comment, sauf exceptions rares, se présente l'évolution post-opératoire.

Le premier pansement, que le malade supporte très bien, sans aucune souffrance, sans réaction aucune du côté de la région opératoire, est renouvelé seulement dix ou quinze jours après l'intervention. A ce moment les fils sont enlevés, la réunion s'est généralement effectuée par première intention. Le pansement est renouvelé et son renouvellement répété toutes les semaines pendant un mois à six semaines. A ce moment, s'il s'agit des membres inférieurs, on pourra permettre la marche avec des béquilles d'abord, puis, rapidement, sans l'aide d'aucun soutien, et, dans la moyenne des cas, quarante jours après l'intervention, le malade peut quitter l'hôpital à pied sans aucun danger.

S'il s'agit d'autres régions que les membres inférieurs, la durée sera encore

diminuée et trois semaines seront largement suffisantes. On voit combien de temps cette méthode permet de gagner.

Une objection sérieuse a été faite à la méthode de von Mosetig-Moorhof par Wagenknecht dans sa thèse. Il condamne la méthode en disant qu'elle ne saurait être applicable qu'à de toutes petites cavités. La simple lecture des observations montre qu'il n'en est rien.

Observation 15 : la cavité comblée comprend la totalité de la diaphyse cubitale, guérison en soixante-quatre jours.

Observation 20 : tiers moyen du fémur, guérison en quarante et un jours.

Observation 31 : tiers inférieur du fémur, guérison en trente-huit jours.

Observations 35, 36, 37, 38, 39 : cavités du fémur mesurant 10 centimètres de longueur en moyenne, sur 3 ou 4 centimètres de large et autant de profondeur. Le temps le plus long pour amener la guérison est de soixante jours.

Observation 44 : totalité de la diaphyse tibiale, guérison en cinquante-quatre jours.

Observation 53 : totalité de la diaphyse tibiale, guérison en soixante-deux jours.

Observation 56 : deux tiers de la diaphyse tibiale, guérison en trente-neuf jours.

Observation 57 : deux tiers inférieurs du tibia, guérison en trente-cinq jours.

Observation 65 : cavité tibiale de vingt cm. datant de vingt ans, guérison en vingt-cinq jours. Le malade était âgé de soixante-quinze ans.

Observation 70 : totalité de la diaphyse tibiale, guérison en quatre mois et vingt et un jours.

Ces quelques observations prouvent bien que le reproche de Wagenknecht est absolument injustifié. Dans certaines de ces observations la partie osseuse était réduite à une mince lamelle postérieure, la masse iodoformée était en réalité incluse dans les parties molles et la guérison survint normalement.

Une seconde objection que l'on pourrait faire à la méthode est la suivante : tous les résultats donnés par von Mosetig-Moorhof sont des résultats immédiats, à la sortie de l'hôpital, il ne donne pas les résultats éloignés. Or, toutes les méthodes ont donné des résultats immédiats très satisfaisants et ne furent abandonnées qu'après constatation de nombreuses récidives. A cela nous répondrons que la statistique de von Mosetig-Moorhof publiée en 1904 comprend des observations datant de 1899, c'est-à-dire de cinq années. Si quelqu'un de ces malades avait vu survenir une récidive, il serait certainement retourné voir son opérateur et nous trouverions quelque trace de ce retour. Certainement von Mosetig-Moorhof aurait tenté une seconde fois de combler la cavité et les résultats figureraient dans sa statistique. Or, il n'en est rien, aucune récidive n'est à signaler et nous pouvons admettre qu'il n'en existe pas.

En résumé, cette méthode convient à tous les cas, quels que soient la forme, les dimensions et le siège de la lésion, quels que soient l'âge du malade et l'ancienneté des accidents.

COMPTE RENDU

DES

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 13 *mars* 1907.

Présidence de M. Saint-Yves Ménard.

M. Chassevant revient sur la question de l'*action physiologique des extraits de plantes*. Il se défend d'avoir émis l'opinion que des principes cristallisés identiques puissent avoir des propriétés physiologiques différentes. La composition chimique doit certainement varier dans ces conditions.

Il estime que le procédé de dosage physiologique préconisé par M. Chevalier est erroné, car des animaux d'espèce identique peuvent présenter des réactions différentes. Il semble aujourd'hui prématuré d'établir scientifiquement des extraits qui constituent des mélanges fort complexes, pour les comparer à des produits cristallisés de composition toujours la même et d'effet thérapeutique connu.

On peut du reste obtenir avec des produits cristallisés définis des effets rappelant ceux de ces extraits, en utilisant la méthode des associations médicamenteuses; celle-ci donne tous les jours des résultats extrêmement satisfaisants. Au contraire, en employant un extrait complexe, on fait souvent ingérer des principes antagonistes.

Si l'on essaie sur un chien l'effet hypnotique des opiacés, on n'obtiendra rien : le chien ne peut donc servir de critérium pour l'activité médicamenteuse de cette préparation. Chez le lapin, la belladone ne provoque pas d'effets toxiques. Ce même fait se retrouve pour nombre d'autres produits.

L'orateur n'est pas pour cela opposé à la méthode physiologique : il y a longtemps qu'il a recommandé d'utiliser plutôt l'extrait de glande thyroïde que la thyroïdine. Mais il faut, dans ces cas, s'appuyer sur des études cliniques : s'en tenir à l'expérimentation sur l'animal pourrait exposer à des déboires.

En thérapeutique, on doit se servir de principes cristallisés autant que possible, même s'ils étaient moins actifs que les extraits : il suffit d'augmenter les doses, et, comme, il s'agit en général de chiffres minimes, l'inconvénient est nul pour ainsi dire.

M. Brissemoret fait remarquer que la différence entre les extraits et les alcaloïdes cristallisés correspondants est souvent très grande : 3 grammes de teinture de noix vomique ne contiennent que la dose minime de 6 milligrammes d'alcaloïde, et cette dose de 3 grammes est pourtant mortelle pour l'homme.

M. le professeur Pouchet est partisan du titrage physiologique, qui est certes beaucoup plus difficile à obtenir que le titrage chimique, mais rend des services bien plus grands au point de vue de l'utilisation thérapeutique.

L'orateur proteste incidemment contre la légende de l'action hypnotique de l'opium dont M. Chassevant a parlé : ce produit est un analgésique idéal, qui ne fait dormir qu'à la dose subtoxique, alors que les hypnotiques vrais procurent le sommeil, bien avant que la dose toxique soit atteinte. L'opium fait en outre dormir les sujets présentant des affections douloureures, en supprimant la cause de l'insomnie.

M. Hallion lit une note sur l'*extrait d'hypophyse*. Il s'est servi d'un extrait desséché qu'on dilue au moment de s'en servir.

Il a constaté que son produit exerçait une action vaso-constrictive intense, mais variable suivant l'organe examiné. La glande thyroïde, par exemple, réagit par une vaso-

constriction intense et durable, ce qui explique les résultats thérapeutiques obtenus dans quelques cas de maladie de Basedow.

Pour le rein, l'effet vaso-constricteur ne dure que quelques minutes et est suivi d'un effet vaso-dilatateur durable; ceci nous explique que des auteurs anglais aient trouvé que l'hypophyse exerce une action diurétique très marquée.

Si l'on compare le lobe antérieur au lobe postérieur de l'hypophyse, on constate que l'action physiologique est concentrée dans le lobe postérieur. Mais comme les effets des deux lobes ne se contrarient pas, il est préférable de se servir de l'organe en totalité.

M. le Pr Pouchet demande si l'action physiologique de la dissolution aqueuse se maintient longtemps. L'orateur a constaté, pour des extraits aqueux de glande thyroïde, que les albuminoïdes iodés, très actifs au moment de la préparation de la solution, avaient perdu toute activité physiologique au bout de quatre jours.

M. Hallion n'a pas dirigé ses recherches de ce côté : il a toujours utilisé ses dissolutions au moment même de leur préparation.

M. le Pr Pouchet fait remarquer que la question présente un grand intérêt. Il lui a été donné d'examiner des sérums et préparations organothérapiques dont l'action physiologique avait entièrement disparu au bout de quelque temps, malgré un mode de préparation et de conservation irréprochable. Ces sérums ne constituaient plus qu'un médicament moral.

Ces faits confirment encore l'opinion émise par l'orateur au sujet de la nécessité de fixer l'action physiologique des médicaments. La chimie serait incapable de nous renseigner sur la valeur d'un sérum antidiphtérique ou antitétanique par exemple.

M. Saint-Yves Ménard demande si l'on a essayé de conserver ces extraits d'organes dans la glycérine.

M. Chevalier a fait des essais de ce genre qui ont démontré que, pour la glande thyroïde, l'extrait était insoluble dans la glycérine.

M. Saint-Yves Ménard constate que, pour le vaccin, on a adopté la conservation dans la glycérine parce que la pulpe mise en tube s'altérait et devenait inactive. Depuis qu'on glycérine ces pulpes, l'effet du vaccin se conserve, et il serait peut-être intéressant de voir si, avec d'autres extraits d'organes, on n'obtiendrait pas aussi des effets aussi favorables.

Une autre méthode de conservation du vaccin est la dessiccation rapide : on a pu transporter du vaccin desséché de France en Abyssinie et constater que la préparation n'avait rien perdu de son activité.

M. Hallion a expérimenté des extraits glycérinés de capsules surrénales pendant plusieurs années de suite, ils sont restés aussi actifs qu'au premier jour. Il est probable que l'action de la glycérine est une action de déshydratation, s'opposant à l'effet délétère de l'eau.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,
Médecin des hôpitaux.

A propos du traitement de la variole, par le Pr BOINET (*Marseille médical*, 15 février 1907). — Le traitement classique de la variole reste souvent insuffisant et, à propos de l'épidémie actuelle, l'auteur indique quelques médications qui lui ont donné des résultats thérapeutiques.

Dans les varioles hémorragiques, il convient de substituer le sérum à l'ichthyocolle au sérum gélatiné, qui a pu déterminer le tétanos. Ce sérum a des propriétés hémostatiques égales sinon supérieures à celles du sérum gélatiné.

Dans les varioles graves et toxiques on a injecté sans grand succès du sérum fourni par les génisses vaccinogènes. On pourrait augmenter son efficacité en inoculant à ces animaux une plus grande quantité de vaccin, ainsi que des produits provenant de varioles graves. Le sérum aurait alors des propriétés thérapeutiques plus actives.

La levure de bière à fortes doses a été fort utile. Sous son influence, les pustules sont moins purulentes, moins tendues, moins volumineuses, la fièvre de suppuration est moins forte et les cicatrices sont moins larges et moins profondes. L'administration de la levure de bière à l'intérieur mérite une place dans le traitement de la variole. On lavera les pustules avec une solution tiède de sublimé à 25 centigrammes par litre d'eau, et on appliquera constamment sur la face une couche épaisse de pommade composée de vaseline boriquée ou de glycérolé d'amidon, additionnée de cocaïne et d'oxyde de zinc. Enfin les pustules varioliques sont heureusement influencées par la lumière rouge.

L. JUMON.

La cholestérine comme moyen de traitement du tétanos, par ALMAGIA et MENDES (*Policlinico*, sezione pratica, 1907, fasc. 8). Des essais faits sur des animaux ayant montré à Almagia et Mendes que la cholestérine, injectée sous la peau, exerce sur les convulsions tétaniques une influence inhibitoire, ces auteurs se décidèrent à en essayer l'emploi chez l'homme, dans deux cas de tétanos s'étant présentés récemment à leur observation et dans lesquels ils en obtinrent, en effet, un résultat favorable.

L'un de ces faits concernait un jeune homme chez lequel le tétanos se déclara douze jours après une blessure de la paume de la main par arme à feu. Au troisième jour du tétanos, alors que les injections de sérum antitétanique avaient été pratiquées sans le moindre résultat, on commença le traitement par les injections de cholestérine, à la dose maxima de 1 gr. 50 de substance active par jour et par injection. Pendant les quatre premiers jours, l'état du malade demeura stationnaire, puis il se manifesta une amélioration qui s'accentua rapidement pour aboutir à la guérison complète après deux semaines de traitement ininterrompu.

Dans le second fait, il s'agissait d'un tétanos des plus graves ayant débuté quelques jours auparavant. On procéda de suite aux injections hypodermiques de cholestérine. Comme dans le cas précité, les symptomes tétaniques restèrent stationnaires les quatre premiers jours, pour s'améliorer par la

suite, et ils disparurent tout à fait après dix-neuf jours de traitement, le malade ayant absorbé, par la voie sous-cutanée, une quantité totale de 17 grammes de cholestérine.

V. DE HOLSTEIN.

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Les dangers de la suralimentation habituelle, par MARCEL et HENRI LABBÉ (*La Presse médicale*, 16 février 1907). — Les auteurs constatent que l'on mange beaucoup trop, et que le chiffre de 2.800 calories, moyenne calculée d'après les chiffres de l'octroi de Paris, est trop élevé. Des ouvriers belges fournissent un travail pénible, sans succomber à la tâche, avec 1841 calories, au maximum. Du reste, quand on cherche à faire maigrir des obèses, on peut facilement voir combien élevée est la réduction alimentaire qu'il faut imposer pour rendre l'alimentation inférieure aux besoins de l'organisme.

Si le suralimenté est doué d'un bon tube digestif, il devient peu à peu obèse : parmi les aliments introduits en excès, les matières azotées sont seules éliminées, en totalité, par l'urine : les hydrates de carbone et les graisses ne sont pas complètement brûlés et s'accumulent dans l'organisme sous forme de réserves de graisse. Fort heureusement, la suralimentation provoque, en général, un certain degré de dyspepsie et l'absorption intestinale devient bientôt moins parfaite : les aliments ingérés, incomplètement absorbés, se retrouvent dans les matières fécales. Ce trouble passe, en général, inaperçu : cette dyspepsie est salutaire, pour ainsi dire.

Si le tube digestif est peu tolérant, l'obésité ne se produit pas : elle est remplacée par une dyspepsie caractérisée par de la gêne après les repas, une tendance au sommeil : il suffit de réduire le régime pour voir les troubles digestifs disparaître.

Le foie peut être atteint : il devient sensible à la pression.

La suralimentation des milieux bourgeois porte surtout sur la viande et est la cause des troubles qualifiés d'arthritiques, constitués par une auto-infection due à l'excès d'alimentation.

Pour combattre cette tendance, il faut, dès l'enfance, habituer les individus à manger moins : on ne devrait jamais voir paraître, sur la table de famille, plus d'un plat de viande, un plat de légumes, un entremets et un dessert. Il faut aussi porter à quatre le nombre des repas : un repas substantiel chaud, un déjeuner à midi, un autre léger vers cinq heures et le dîner, simple et court. Bref, il faudrait en France adopter les mœurs anglaises, avec un peu moins de viande : ce régime produit moins d'obèses.

E. VOGT.

L'alimentation des cancéreux, par E. V. LEYDEN (*Centrabl. f. die gesammte Ther.*, janvier 1907). — L'auteur traite ici de l'action de l'alimentation systématique dans les cas de cancers. La cachexie terminale du cancer est considérée comme différant essentiellement des cachexies terminales d'autres maladies, de celle de la phtisie, par exemple, par la dépression mentale complète et par l'absence de désir de la nourriture. Suivant Muller et Klemperer, il n'est pas possible d'arrêter la destruction des tissus dans le cancer en administrant de grandes quantités d'aliments et, comme dans la fièvre, on ne peut pas réaliser l'équilibre azoté. Noorden admet que la désintégration est augmentée, mais non au même degré, dans tous les cas ; elle est favorisée par l'alimentation insuffisante et la perte d'appétit. Cette perte de tissu est parfois assez petite pour croire qu'on peut la compenser par l'alimentation. V. Leyden, dans un cas de rétrécissement de l'œsophage, a obtenu une grande augmentation de poids par la sonde œsophagienne. Mais la grande difficulté réside dans la dépression psychique qui amène la perte persistante de l'appétit et si l'on n'arrive pas à surmonter cette dépression, on n'obtient pas de résultats notables. Les dernières méthodes de traitement du cancer par des sérums, la trypsine, la radiothérapie, semblent faire espérer d'arrêter la maladie, mais, comme le traitement est nécessairement long, il est de la plus haute importance de maintenir les forces du malade durant ce traitement. Dans tous les cas, le traitement alimentaire doit être accompagné du traitement psychique. L'auteur rapporte deux cas d'augmentation de poids et d'amélioration de l'état général durant un traitement apparemment heureux d'un cancer inopérable (injections de sérum et de trypsine).

Le premier malade a été opéré d'un estomac en sablier, causé par un ulcère gastrique et d'une tumeur du pancréas ayant envahi l'estomac. Il gagna vingt-trois livres pendant qu'il suivait le traitement. Le second cas concerne un cancer de l'estomac chez une femme de cinquante-quatre ans. La malade fut mise à un régime mixte, très digestible, comprenant, en outre, un demi-litre à un litre de lait par jour. Le traitement consistait en lactalbumine et en trypsine. Au bout de cinq semaines de traitement, elle quitta l'hôpital après avoir gagné six livres. Elle revint deux mois plus tard, ayant perdu du poids. La tumeur stomacale avait augmenté de volume. On fit des injections de sérum, on pratiqua l'alimentation systématique et on donna de la pepsine. L'état local s'améliora beaucoup. Mais le poids n'augmenta que plus lentement, de sept livres en un mois.

L. Jumon.

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT,

Ancien interne des hôpitaux.

Cancer de l'appendice iléo-cæcal (*Soc. de chir.*, 27 fév. 1907). — M. Hartmann présente un rapport de M. Lecène, concernant deux cas de cancer de l'appendice, contrôlés par le microscope. On crut avoir affaire, vu la production antérieure de crise ou d'abcès de la fosse iliaque, à des appendicites. Il s'agissait bien d'authentiques épithéliomas. M. Nélaton dit en avoir aussi observé 2 cas, tandis que M. Routier, qui opéra un grand nombre de malades, n'a rencontré qu'une seule fois un myxome appendiculaire.

A. Benoit.

Torsion intra-abdominale du grand épiploon avec épiplocèle inguinale (*Soc. de chir.*, 20 février 1907). — M. Bazy communique deux observations envoyées par M. Lapeyre (de Tours), concernant des faits de torsion en masse du grand épiploon, avec coexistence d'épiplocèle inguinale. Dans le premier opéré pour une hernie étranglée, on ne trouva pas de hernie, et l'incision prolongée sur l'abdomen permit de détordre un iléus épiploïque total. L'opération fut tardive dans le deuxième fait qui avait été pris pour une péritonite appendiculaire, et, malgré la résection du grand épiploon, le malade succomba peu après. M. Bazy donne la seule explication possible de cet accident, en disant que l'épiploon tendu entre deux points fixes ne peut se tordre par lui-même, mais seulement sous les contractions intestinales.

A. Benoit.

Prostatectomie transvésicale (*Soc. de chir.*, 6 février 1907). — M. Bazy emploie, suivant la tendance actuelle, plus souvent la voie hypogastrique que la voie périnéale et fait, non pas seulement le drainage, mais le lavage continu de la cavité prostatique avec un drain grillagé, chez des vieillards, atteints de rétention avec infection progressive. Cette pratique lui a donné de beaux succès, chez des malades de soixante et onze à soixante-quatorze ans, M. Legueu signale les bons effets que l'on obtient avec des interventions précoces et en quelque sorte préventives. On peut douter cependant qu'il soit facile d'y décidé, les prostatiques, comme il le conseiller avant que l'apparition d'accidents pénibles ou menaçants leur en ait démontré la nécessité.

A. Benoit.

La méthode de Bier (*Soc. de chir.*, 13 fév. 1907). — Le procédé de stase hyperémique, strictement appliqué suivant la technique de Bier que nous avons analysée naguère, est réellement susceptible, selon M. Tuffier, de donner des guérisons manifestes dans quelques infections aiguës des membres. Il faut en excepter les os. M. Tuffier laisse la bande de quinze à vingt-deux heures en place et prolonge les séances après la disparition de l'inflammation. Cette méthode peut rendre des services chez les sujets diabétiques et albuminuriques (panaris, phlegmons circonscrits, etc.). Une courte discussion s'engage sur son efficacité dans la tuberculose osseuse. MM. Kermisson et Mauclaire n'ont obtenu que des résultats entièrement négatifs, tandis que M. Chaperet a recueilli plusieurs améliorations

remarquables dans des cas très graves. La question appelle donc de nouvelles recherches.

A. Benoit.

Action antiseptique des sutures métalliques, par Leedham-Green (*The Practitioner*, mars 1907). — Certains métaux purs possèdent la propriété d'empêcher le développement des micro-organismes : c'est un fait qui est assez peu connu en chirurgie et sur lequel l'auteur a fait quelques expériences, dont voici les résultats. L'or, le platine, l'aluminium, le nickel, le plomb et l'argent ne possèdent à peu près aucune action antiseptique. Le fer est antiseptique, mais cette action se trouve favorisée par l'oxydation. Le métal dont l'action bactéricide est la plus énergique est le cuivre et le bronze.

Pratiquement, on emploie seulement deux métaux en Angleterre pour les sutures, l'argent et le fer ou l'acier; le second surtout, sous forme de vis ou de clous pour la suture osseuse. Il est étrange qu'on ait recommandé surtout l'argent qui n'est pas irritant, mais laisse beaucoup à désirer sous le rapport de la ténacité et de la ductilité; en outre, son pouvoir antiseptique est insignifiant. Sous ce dernier rapport, le fer et l'acier sont supérieurs, mais cette qualité n'existe qu'aux dépens d'un peu d'irritation des tissus. Le fil de bronze a beaucoup supplanté l'argent. Le bronze d'aluminium dépasse l'argent en ténacité, ductilité et, au point de vue antiseptique, son action irritante sur les tissus est nulle. Mais il n'est pas assez dur pour en faire des vis et des clous.

L'auteur a été particulièrement frappé de la valeur des sutures antiseptiques permanentes, comme le bronze, en fixant ensemble des fragments osseux où la plaie était déjà infectée. Ces sutures sont très bien tolérées et ne déterminent pas de trajets ennuyeux comme les sutures qui n'ont pas d'action antiseptique. Le cuivre pur, quoique ayant l'action la plus antiseptique, est généralement regardé comme irritant pour les tissus.

L. Jumon.

Le shock résultant de l'anesthésie, par J. Tayl Gwathmey (*The internat. J. of surg.*, fév. 1907). — L'anesthésie générale dans un certain nombre de cas détermine la mort par un shock psychique. Peu de malades envisagent sans émotion le sommeil artificiel. L'appréhension peut être telle qu'on a vu le malade mourir avant qu'on procède à l'anesthésie. Il est difficile de reconnaître d'avance cet élément psychique de danger : l'entourage du malade peut beaucoup pour le dissiper. Si le pouls est excessivement accéléré, il sera préférable de commencer l'anesthésie par l'éther ou le protoxyde d'azote, qui n'ont pas l'action dépressive cardiaque du chloroforme, qu'on emploie quand le pouls s'est amélioré. L'anesthésie peut alors être continuée avec moins de danger.

Si l'on emploie l'éther, des doses massives peuvent déterminer la fermeture temporaire de la glotte, il faut alors supprimer le masque, laisser rétablir la respiration et recommencer doucement l'anesthésie. Le centre respiratoire est quelquefois touché par l'éther, mais rarement à un degré grave et la respiration artificielle remédie immédiatement à cet état. Il n'en est plus de même avec le chloroforme qui amène la paralysie du cœur.

Si l'on emploie le chloroforme, on évitera d'exposer le malade au refroidissement qui est une cause de shock. S'il se produit une hémorragie ou si des manipulations sur des nerfs semblent amener des signes de shock, on suspendra l'anesthésie pour un instant ou on la conduira légèrement. Elle doit être poussée juste au point où les réflexes sont abolis, autrement on ajoute le shock de l'anesthésie au shock opératoire. Parfois le shock se manifeste un certain temps après qu'on a suspendu l'anesthésie. Il faut alors faire immédiatement la respiration artificielle, abaisser la tête du patient et faire une injection saline intra-veineuse. Le shock résultant de l'anesthésie indique toujours que le sang est insuffisamment pourvu d'oxygène, par conséquent les inhalations d'oxygène sont indiquées. Dans les grandes opérations ces inhalations doivent être la règle durant trente minutes après l'opération. La chambre de l'opéré doit être sombre, tranquille, et on laisse le malade dormir jusqu'à ce qu'il s'éveille naturellement.

L. Jumon.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr Pierre SÉE.

La stase de Bier dans le mal de mer, par ROESEN (*Munch. med. Woch.*, 12 février 1907). — L'auteur, comme médecin de la marine, a eu l'occasion d'employer la bande de Bier contre le mal de mer et en est arrivé à essayer ce traitement en voyant beaucoup de passagers avisés s'envelopper la tête dans des draps chauds dès le début des malaises et observer le plus possible la position horizontale. Ils semblaient en éprouver un véritable soulagement. Les deux procédés déterminent une hyperémie de la tête et l'on pouvait penser obtenir aussi cette hyperémie par l'application de la bande dont on peut régler la pression à volonté et qui peut agir dans la position assise ou debout.

C'est le traitement que l'auteur a essayé sur lui-même et sur deux passagers. La stase ainsi produite amène bien un état de bien-être subjectif, mais les vomissements ne sont pas influencés, si l'estomac est plein. Si l'estomac est vide il ne produit aucun envie de vomir. Cependant l'application de la bande doit être réglée suivant les individus et elle ne doit pas être abandonnée au patient. Pendant la nuit, dans la plupart des cas, l'hyperémie cérébrale déterminée par la position horizontale est suffisante.

L. JUMON.

Indications et technique de l'alimentation rectale, par BAUMGARTEN (*Zeistchr. f. aerztl. Fortbildung*, 1er janvier 1907). — Les indications de la méthode se sont multipliées à l'époque actuelle : on pratique ce genre d'alimentation dans les cas de rétrécissement de l'œsophage ou du cardia, jusqu'à ce que la dilatation soit obtenue si l'affection est bénigne. S'il s'agit d'un néoplasme, on soutient ainsi la malade. Les vomissements incoercibles, la gastrite chronique, le mal de mer prolongé, etc., peuvent rendre nécessaire l'emploi de ce procédé, qui, cela va sans dire, entrera en scène dès que le repos du tube digestif est nécessaire. L'introduction par le rectum d'eau légèrement salée permettra de diminuer la quantité des liquides à introduire dans l'estomac dans les cas d'atonie gastrique simple ou d'ectasie consécutive à une sténose pylorique, et les lavements nutritifs permettront de soutenir les forces d'un typhique à condition qu'il ne présente pas des diarrhées profuses.

Chaque lavement nutritif (on en donne ordinairement 3 par jour) sera précédé d'un lavement nutritif (1 heure avant). On choisira un mélange liquide, et on luttera contre l'excitabilité de la muqueuse rectale en ajoutant au lavement 5 à 10 gouttes de teinture thébaïque. Le malade, couché sur le côté gauche, ramène ses jambes vers la poitrine : la canule est introduite à 50 centimètres de hauteur, le bock est placé à 1 mètre au-dessus du plan du lit.

Les corps gras sont très lentement assimilés, même avec addition de pancréatine et produits analogues. Les lavements doivent être toujours légèrement alcalinisés par addition d'un peu de bicarbonate de soude.

Les hydrocarbures sont mieux assimilés : le sucre ne saurait toutefois être utilisé en solution concentrée, il ne peut pas dépasser 10 à 20 p. 100. L'amidon (50 à 75 grammes dans 250 grammes d'eau) est très avantageux.

Pour les albuminoïdes, la question est complexe : le lait est toutefois facile à administrer, ainsi que les œufs. Les peptones (50 à 80 grammes sur 250 à 300 grammes d'eau) n'irritent pas le rectum et sont aisément résorbés; aussi les auteurs modernes préfèrent-ils ces derniers au lait et aux œufs : ces derniers aliments sont susceptibles de fermentations qui provoquent de l'irritation rectale. Les peptones ont malheureusement l'inconvénient de présenter un prix de revient élevé.

La viande, même additionnée de pancréas d'après les indications de Leube, ne se prête guère à l'introduction dans le rectum, mais on peut l'utiliser en l'adjoignant à d'autres produits alimentaires.

Un grand progrès semble avoir été obtenu depuis que Bial a reconnu que l'addition de parties égales d'alcool aux peptones facilitait, dans une large mesure, la résorption des lavements nutritifs, et une formule très avantageuse est celle-ci :

Peptone sèche.....	} ââ	25 grammes
Sucre de lait.....		
Alcool.....		
Teinture d'opium simple...		X gouttes
Eau ad.....		250 grammes

Us. ext. Pour un lavement.

La méthode des lavements nutritifs ne peut être utilisée que pendant un certain temps : l'irritabilité de la muqueuse finit toujours par s'exalter.

E. Vogt.

Traitement par compression de cas graves d'entéroptose, par Strasser (*Bl. f. Klin. Hydrotherapie*, novembre 1906). — Dans les cas où l'amaigrissement est assez considérable pour rendre impossible la compression par la sangle ou des bandes, l'auteur recommande le repos au lit avec bassin relevé, et application d'un sac de grenaille ou de sable sur la région abdominale. Ce sac doit avoir environ 40 centimètres de long sur 8 à 10 de large : le poids doit atteindre 3 kilos environ. On peut commencer avec ce poids dès le premier jour ou atteindre ce chiffre en quelques jours. On fait l'application dans le cours de la journée et on parvient même, dans quelques cas, à continuer pendant le sommeil. Autant que possible, le sac sera maintenu aussi en place au cours des repas.

Sous l'influence du traitement, les douleurs disparaissent rapidement, l'estomac se vide aisément, on voit les malades supporter tous les genres d'alimentation et les selles se régulariser. Dans quelques cas, les occupations des malades empêchèrent un traitement prolongé, l'auteur se borna alors à deux applications par jour, une heure et demie à deux heures après les repas.

E. Vogt.

Potion contre la diarrhée, par M. Nigay (*Journal de médecine*, n° 3, 20 janv. 1907, p. 17).

Cristaux de fortoïne.....	0 gr. 60
Eau chloroformée.....	120 gr.

par cuillerée à soupe toutes les deux heures.

P. Sée.

Traitement des ascarides (*Courrier médical*, n° 52, 30 déc. 1906, p. 502 ; d'après la *Clinique infantile*). — Le meilleur traitement contre les ascarides consiste à administrer la santonine. Pour éviter, chez les enfants, une intoxication possible, M. Kuchenmeister a recommandé d'associer ce médicament à l'huile d'olive. Il faut lui préférer l'huile de ricin, dont les propriétés purgatives permettent d'expulser les ascarides. Mais l'huile de ricin, en raison de son goût désagréable est difficilement acceptée par les enfants. Pour masquer sa saveur, M. Ferreira prescrit la formule suivante, qui est à la fois vermifuge et purgative :

Santonine.....	0 gr. 10
Essence de Badiane	X gouttes
Huile de ricin.....	20 gr.
Mucilage de Fucus-Crispus.....	40 gr.

F.A.S. Agiter avant de s'en servir.

Cette formule doit être variée avec l'âge des enfants : on donne par année : 0,01 centigramme de santonine, 2 grammes d'huile, une goutte d'essence de badiane.

P. Sée.

Traitement de la lithiase biliaire et de ses accidents, par A. Robin (*Bulletin gén. de thérapeutique*, 23 fév. 1907). En cas de colique hépatique, l'auteur recommande d'administrer toutes les demi-heures, jusqu'à concurrence de 3 à 4 doses, la potion suivante :

Bromure de potassium.....	6 gr.
Chlorhydrate de morphine. } ââ	0 gr. 5
Extrait aqueux de belladone. } ââ	
Sirop d'éther.....	30 gr.
Hydrolat de valériane.....	110 gr.
Eau de laurier-cerise.....	10 gr.

Pour arrêter les vomissements, on donnera 5 gouttes de la potion suivante, à renouveler 4 ou 5 fois en 24 heures :

Picrotoxine.....	0 gr. 5
Alcool q. s. pour dissoudre.....	
Ajouter :	
Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 5
Sulfate neutre d'atropine.....	0 gr. 1
Ergotine Yvon.....	1 gr.
Eau distillée de laurier-cerise.....	12 gr.

Filtrez.

L'auteur proteste contre l'emploi du régime lacté absolu après les crises, puisque le lait est un anticholagogue. On ne saurait le permettre que dans le cas où le malade ne supporte rien d'autre ou refuse toute autre alimentation.

On commence par vider l'intestin avec de l'huile de ricin, puis on fait boire de l'eau chaude. Puis on prescrit, pour stimuler la sécrétion biliaire :

Bicarbonate de soude.....	8 gr.
Sulfate de soude sec..... } ââ	3 gr.
Phosphate de soude sec... } ââ	
Benzoate de soude.....	1 gr.

Pour un paquet à faire dissoudre dans un litre d'eau bouillie, dont le malade prend 60 gr. au réveil, 100 gr. à 10 heures du matin, 100 gr. à 5 heures du soir et 100 gr. à 10 heures du soir : on ingère l'eau tiédie par petites gorgées.

On peut aussi donner une infusion de 2 grammes de feuilles de boldo, 2 fois par jour, chaque fois avec une perle d'éther.

Le régime ultérieur sera plutôt végétarien : on autorisera peu de corps gras et très peu d'œufs. On boira largement aux repas (eau minérale ou infusion chaude). Pour éviter la constipation, on se servira de préférence des pilules bleues du Codex (une ou deux le soir et un laxatif salin le lendemain matin).

Enfin, le combretum Rambaultii du Mexique est un cholagogue très manifeste, dont on donne VIII gouttes d'extrait fluide avec une cuillerée de glycérine, dans un verre à bordeaux d'eau de Vichy : on peut aller jusqu'à XX gouttes. Prendre ce mélange une demi-heure avant les deux principaux repas.

Les malades feront une cure à Vichy : s'ils ne peuvent s'y rendre, on leur prescrira la source d'Hauterive : 400 gr. en deux fois à demi-heure d'intervalle, trois quarts d'heure avant le repas de midi, et 250 gr. deux heures avant le dîner, pendant 20 jours environ.

E. Vogt.

La cure de raisin dans la cirrhose hépatique, par le professeur A. Cavazzani (*Rivista crit. di clinica med.*, 1907, n°s 2 et 3). — L'auteur a fait usage de la cure de raisin dans le traitement de la cirrhose du foie. Dans certaines de ces observations, le résultat ne fut que transitoire ou même peu apparent, mais dans 6 cas, les malades furent franchement améliorés. L'un d'eux — le premier cirrhotique que l'auteur eut l'occasion de soumettre à la cure de raisin — présentait des hématémèses, de l'oligurie et de l'ascite se reproduisant après chaque ponction. L'auteur lui fit ingérer jusqu'à 1 kil. 800 de raisin par jour et obtint de la sorte une notable amélioration de tous les symptômes, qui persista jusqu'au moment où le malade fut emporté par une violente gastrorragie. Les cinq autres malades furent également améliorés par la cure de raisin; leur ascite disparut sans qu'on eût recours à la ponction abdominale. Cependant la rate demeure grosse et les veines péri-ombilicales sont toujours dilatées.

L'auteur attribue ces succès relatifs non seulement au sucre, mais aussi au ferment spécial que contient le raisin.

V. de Holstein.

Appareil pulmonaire. Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,
Ex-chef de clinique à la Faculté de médecine.

Quelques remarques sur l'hémoptysie et son traitement, par Peverell S. Hichens (*The Practitioner*, mars 1907). — Il est souvent inexact de dire qu'un médicament est efficace dans une maladie, parce que celle-ci s'améliore après le traitement..

L'hémoptysie tend à guérir naturellement, au moins pour un certain temps, et c'est cette circonstance qui a fait enregistrer ici une quantité de remèdes, dont certains peuvent être nuisibles. Il est difficile d'attribuer une action contre l'hémoptysie, par exemple, aux astringents locaux introduits dans l'estomac. Le perchlorure de fer, l'alun, l'acétate de plomb ou le tannin sont même nuisibles, parce qu'ils tendent à causer la constipation. Si l'on prend les vaso-constricteurs, l'ergot, l'extrait surrénal et la digitale, ces médicaments n'agissent guère sur les vaisseaux pulmonaires, mais surtout sur les vaisseaux périphériques, d'où une élévation de la pression vasculaire qui est dangereuse.

En dépit de la renommée attribuée à ces médicaments dans le traitement de l'hémoptysie, il vaut mieux y renoncer en raison du danger que comporte leur emploi.

Dans l'hémoptysie, il faut assurer le repos le plus complet aux poumons et au cœur, diminuer la pression vasculaire et augmenter, si possible, la coagulabilité du sang.

Donc on recommandera le repos le plus complet au lit et on donnera au malade des opiacés ou une injection de morphine, afin de calmer la toux et de procurer un peu de sommeil.

Pour abaisser la pression sanguine, le malade ne doit pas être couché étendu, mais les épaules relevées sur les oreillers. L'alimentation doit être donnée froide, en

petite quantité, avec peu de liquide, on donnera de petits fragments de glace contre la soif.

Les purgatifs salins donc sont indiqués pour soustraire un peu de liquide au sang et dilater les vaisseaux abdominaux, ce qui diminue la pression sanguine. Si le malade est constipé par la morphine, on peut recourir à des pilules de coloquinte et de jusquiame.

Si l'on ne peut arrêter l'hémorragie par des vaso-constricteurs agissant sur les poumons, on peut certainement influencer la pression pulmonaire par les vaso-dilatateurs, par le nitrite d'amyle ou plus graduellement par la nitro-glycérine et le tétranitrate d'érythrol.

Pour augmenter la coagulabilité du sang, on donnera 1 gramme à 1 gr. 20 de chlorure de calcium, trois fois par jour ou plus souvent, mais pas pendant plus de trois ou quatre jours, car l'effet serait alors inverse et le sang moins coagulable.

L'auteur considère l'application de la glace sur la poitrine comme inutile : il suffit de la faire sur la région précordiale pour calmer l'action du cœur. Il peut être très avantageux de faire respirer des vapeurs térébenthinées, qui ont une action vaso-constrictive et abaissent l'énergie cardiaque.

L. Jumon.

Sur le traitement de la phtisie diabétique, par Thorspecken (*Munch. med. Woch.*, 12 février 1907). — Le traitement de la tuberculose pulmonaire chez le diabétique offre une grande importance. On doit agir d'abord sur la constitution affaiblie et améliorer le terrain par un traitement hygiénique et diététique. Chez le phtisique diabétique l'indication la plus importante est de combattre l'hyperglycémie par l'administration de quantités assimilables d'hydrates de carbone. C'est une erreur de croire que chez le phtisique diabétique on doit dans le traitement ne tenir aucun compte du diabète, car le malade aura alors gravement à souffrir dans sa nutrition. Naunyn compte la tuberculose pulmonaire parmi les complications diabétiques dont le traitement est celui même du diabète. Dans deux cas il a obtenu de très bons résultats en faisant disparaître la glycosurie. L'auteur, après avoir traité un certain nombre de diabétiques phtisiques, est convaincu qu'il vaut la peine de surmonter les difficultés sérieuses d'une détermination exacte des limites de l'assimilation et d'engager le malade à observer le régime qui a été fixé. Il peut en être de même lorsque le malade semble avoir été atteint de tuberculose avant d'être diabétique. Mais sous l'influence du diabète, le processus tuberculeux qui sommeillait s'est allumé d'une façon menaçante. Or cette récidive du processus tuberculeux peut être empêchée par le traitement en temps utile de la maladie de la nutrition. En résumé, le diabète chez tout tuberculeux doit être traité de la façon la plus sérieuse, comme si cette complication n'existait pas; le diabète doit être traité surtout à cause de la complication tuberculeuse des poumons.

L. Jumon.

L'essence de sauge comme antisudoral chez les phtisiques, par P.-G. Mezernitzky (*Vratchebnaya Gazeta*, 1907, nos 3 et 4). — L'auteur a trouvé que le principe actif de la sauge — souvent employée en infusion contre les sueurs nocturnes des tuberculeux — est représenté par l'huile essentielle que contiennent les feuilles de cette plante. Cela étant, il a entrepris, dans des cas d'hyperhydrose des phtisiques, des essais de traitement avec cette essence et en a obtenu, en effet, les résultats les meilleurs. Voici la formule dont il s'est servi et qu'il recommande aux praticiens :

Essence de sauge.....	X gouttes
Alcool à 90°.....	25 grammes

Par prises de 10 à 12 gouttes, trois ou quatre fois dans la journée.

V. de Holstein.

Traitement de quelques formes de dilatation cardiaque aiguë, par Beverley Robinson (*The Am. J. of the med. sc.*, février 1907). — Dans ce travail l'auteur a en vue la dilatation cardiaque développée dans le cours des maladies infectieuses aiguës, rhumatisme, pneumonie, diphtérie, influenza, la dilatation d'origine nerveuse et due au surmenage du système nerveux, enfin celle qui survient chez ceux qui font des excès de table ou de tabac.

Dans le rhumatisme, il ne faut pas abandonner trop tôt l'emploi des salicylates. Contre la dilatation du ventricule droit on appliquera des sangsues, puis la vessie de glace d'une façon plus ou moins continue.

Dans la pneumonie la dilatation du cœur qui se produit comme le résultat de la toxémie intense est extrêmement grave. La dilatation du cœur droit est moins dangereuse, mais elle est surtout plus accessible au traitement. La saignée en quantité modérée est un moyen de traitement essentiel au début. On peut cependant se contenter de sangsues ou de ventouses scarifiées, dont l'application dissipe parfois plus rapidement les symptômes graves que la saignée. La digitale est ensuite bien préférable aux vaso-dilatateurs, lorsque le pouls est faible, rapide et intermittent. Dans la diphtérie, la dilatation aiguë du cœur expose très souvent à la mort subite. Lorsque des symptômes de faiblesse cardiaque surviennent avec état syncopal, ralentissement de la respiration, et un certain degré de parésie des muscles du thorax et des extrémités, il faut imposer au malade le repos physique et mental absolu, au lit, appliquer des boules d'eau chaude à la région précordiale et aux extrémités et donner cinq gouttes de teinture de strophantus avec de l'acétate d'ammoniaque et de l'alcool. Pendant de longs mois le malade évitera toute fatigue. Pour combattre l'anémie secondaire, prescrire le fer, la quinine, l'arsenic; contre le retour des tendances à la syncope, donner la strychnine à doses très modérées. Pendant la convalescence le malade sera placé à la campagne et soumis à un régime fortifiant.

La dilatation cardiaque peut résulter d'un surmenage intellectuel, d'émotions. Le repos, un régime convenable, une bonne hygiène suffisent dans la plupart des cas, on peut y ajouter des doses modérées de strychnine, occasionnellement on a recours à l'acétate d'ammoniaque. Il est très important de détourner l'attention du malade de son mal. On évitera surtout les doses répétées de digitale ou de caféine qui ne font que surmener le myocarde, et un traitement à Nauheim est plutôt préjudiciable au moins dans le début. Une cause fréquente d'aggravation de dilatation cardiaque dans ces cas est l'usage pernicieux de la phénacétine, de l'antipyrine et surtout de l'acétanilide, dont on connaît d'ailleurs les effets sur le cœur.

La dilatation aiguë du cœur qui se produit à la suite de mauvaises habitudes hygiéniques, excès alimentaires ou de boissons, surmenage par la danse ou les sports, doit être traitée surtout à un point de vue prophylactique. Dans les cas graves, la saignée peut devenir nécessaire et on la fait suivre de l'administration de la nitroglycérine ou de l'atropine, de l'application de ventouses sèches sur la poitrine et d'inhalations d'oxygène.

L. Jumon.

Le régime dans les maladies du cœur, par Arthur G. Bennett (*The Practitioner*, mars 1907). — Dans les affections cardiaques, l'alimentation doit être très digestible et avoir une valeur nutritive très élevée. Elle ne doit pas contenir en excès des purines qui, donnant lieu à l'acide urique, augmentent la tension vasculaire. A cet effet, le régime purement végétal serait tout indiqué, mais il offre l'inconvénient de surcharger les organes digestifs et d'être d'une digestion difficile. Les graisses, en raison de la tendance à la surcharge et à la dégénérescence graisseuse, ne doivent être permises qu'en quantité modérée et même elles seront supprimées si l'estomac est délicat.

Les hydrates de carbone fournis principalement par le pain, le riz, le tapioca, les pommes de terre et le sucre sont de la première importance pour le développement de l'énergie musculaire, leur digestibilité est bonne, mais ils déterminent facilement des fermentations. En général, on doit beaucoup les restreindre chez les cardiaques qui ne s'adonnent pas à un travail musculaire et il vaut mieux les remplacer, en partie, par des aliments protéiques, qui concourent plus efficacement à la restauration des tissus.

Le lait est l'aliment le plus important et le mieux adapté, en général, aux malades; mais il a certains inconvénients. Il est d'abord trop riche en eau, près de 90 p. 100, ce qui est suffisant pour le faire écarter du régime dans quelques affections cardiaques; dans les anévrysmes et lorsqu'il y a de l'anasarque. De plus, le lait a une certaine tendance à favoriser la coagulation, ce qu'on ne doit pas oublier dans les cas où il peut se former des thromboses et de la stase veineuse. Parfois, il détermine de la céphalalgie, souvent une sensation de lassitude, presque toujours de la constipation. Les malades qui en prennent doivent le boire à petites doses et à fréquents intervalles, afin d'éviter la formation de gros caillots indigestes. Il n'est pas nécessaire que le malade reste au lit pendant le régime

lacté, et il vaut mieux qu'il se livre à un exercice modéré; le repos n'est complet que si la quantité de lait est insuffisante. Le koumys constitue, pour les cardiaques, un excellent aliment, très nutritif, bien digéré et doué de propriétés stimulantes.

Quant aux œufs, il faut les proscrire dans des formes trop cuites; l'œuf frais se digère mieux que l'œuf cuit. Si la forme d'œuf cru déplaît, on peut l'absorber sous forme dite d'huître de prairie, on casse un œuf dans un verre, on ajoute quelques gouttes de vinaigre avec très peu de sel et de poivre, on avale sans difficulté le tout qui a un peu le goût d'huître. Le thé et le café ne doivent jamais être pris avec des œufs à cause de la formation de tannate d'albumine. Enfin, autant que possible, les malades doivent se passer d'alcool.

L'ingestion du sel doit être évitée tant qu'il existe des œdèmes, car alors les toniques cardiaques n'ont que peu d'effet. Par contre, on peut employer les purgations salines dans les cas d'œdème.

L. Jumon.

Action des médicaments sur l'hypertension vasculaire, par L. Coley (*Brit. med. J.*, 24 nov. 1906). — Trois facteurs contribuent à la production d'une tension artérielle élevée : l'augmentation de la résistance périphérique, l'accroissement de la force du cœur, l'augmentation de volume du sang. Une oxygénation insuffisante, comme dans l'emphysème, la rétention de déchets toxiques agit sur la paroi des capillaires en les maintenant dans un état de contraction permanente. Dans la question du traitement médicamenteux de l'hypertension, il est de la première importance d'en reconnaître les causes.

Les nerfs splanchniques, par exemple, contribuent à régler la pression sanguine et leur excitation détermine souvent une augmentation générale de la pression. Il faudra donc combattre les troubles digestifs et augmenter l'élimination des toxines par des moyens appropriés. La simple existence de l'hypertension n'est pas une indication forcée du traitement médicamenteux sauf lorsqu'elle est excessive.

Les médicaments qui agissent pour abaisser la pression sanguine peuvent être rangés en trois catégories :

1° Les dépresseurs du cœur : antimoine, veratrum viride, aconit, alcool, sels de potassium, chloral, quinine, acide salicylique, mercure, arsenic.

2° Vasodilatateurs : nitrites, alcool, quinine, acide salicylique, arsenic, mercure.

3° Purgatifs.

L'antimoine, en raison de ses effets nauséeux et purgatifs et de son action fortement dépressive, trouvera difficilement place dans le traitement de l'hypertension. Les expériences tentées ici avec l'alcool n'ont pas donné de résultats satisfaisants et l'action du médicament est très irrégulière. Le chloral abaisse nettement la pression sanguine, déjà un peu abaissée dans le sommeil, cependant il faut être circonspect dans son emploi chez les artério-scléreux en raison de son action dépressive sur le cœur. L'auteur n'a constaté aucune modification sur la pression sanguine avec les iodures dans les cas avancés d'artériosclérose et il doute de son action sur l'hyperplasie conjonctive des vaisseaux. La quinine à petites doses n'exerce pas d'influence sur la pression chez les sujets normaux, par contre elle peut l'abaisser lorsqu'elle est très élevée. De même l'acide salicylique est un dépresseur assez faible. Le mercure et l'arsenic n'ont qu'une action légère et temporaire.

En résumé, l'action d'un médicament n'est pas la même sur des vaisseaux normaux et pathologiques ; il en est ainsi du veratrum, de l'aconit et de la nitroglycérine. L'usage routinier des iodures ne produira aucun effet dans les cas d'hypertension marquée. Parmi les médicaments dépresseurs vasculaires on choisira de préférence ceux qui favorisent l'élimination. L'aconit ou le veratrum ne doit être employé que si on connaît l'énergie cardiaque par l'étude de la pression systolique et diastolique.

L. Jumon.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Les maladies de l'émotion : principes de traitement, par le Pr Grasset (*Bull. gén. de thérapeutique*, 28 fév. 1907). Le traitement de ces maladies doit s'adresser à l'état maladif de l'émotivité et non à l'émotion morbide particulière (agoraphobie, etc.). Ces malades étant des faibles, il faut se garder

de diminuer leur sensibilité par le bromure de camphre par exemple : il leur faut des reconstituants et des toniques.

Pour tonifier le psychisme supérieur, il faut remplacer, par exemple, les tendances à l'égoïsme, à l'auto-observation par des idées d'expansion, de sacrifice, de dévouement à la patrie, à l'humanité, etc. On tâchera d'éviter les émotions inutiles, trop intenses ou trop familières, et d'entraîner le malade à ne pas conformer ses actes à ses émotions morbides.

Le médecin se gardera d'aborder l'émotion morbide de front, car le malade ne peut s'y soustraire, et est en conséquence incapable de l'empêcher de se manifester. Comme les actes volontaires ont de l'influence sur les émotions involontaires, on recommandera au sujet d'affecter une allure vive, de se tenir droit, de donner à son regard une expression vive, etc. On entraînera peu à peu le malade à agir malgré ses émotions et en dehors d'elles : celles-ci s'estomperont peu à peu.

Il est vrai que la maladie confirmée résiste trop souvent à la médication : il faut donc faire autant que possible de la prophylaxie, surveiller médicalement l'éducation, le mariage, la vie publique, etc.

La meilleure méthode de défense contre le débordement des maladies de l'émotion, la seule hygiène vraie du système nerveux, c'est, pour l'auteur, la morale.

E. Vogt.

Traitement de la sciatique, par Frank Fowler (*The Practitioner*, mars 1907). — Le caractère rebelle et la longue durée de la sciatique dans quelques cas obligent à un traitement énergique dès le début. Le diagnostic de la névrite sciatique étant établi, il faut d'abord assurer le repos absolu du nerf. Souvent la durée de la maladie tient à la négligence de cette prescription. Comme la chaleur est nécessaire, le repos au lit est tout indiqué. Dans les cas graves, on aura recours à une gouttière comprenant la hanche et le genou.

S'il y a eu élévation de température au début, on peut donner une purgation saline ; le régime doit être substantiel, mais on supprimera tout alcool. Les pilules bleues seront souvent utiles, soit en abaissant la pression sanguine, soit parce qu'elles aideront à la résorption des produits inflammatoires.

La révulsion est employée dès le début du traitement. On se sert de teinture d'iode ou on applique une série de petits vésicatoires le long du nerf, au niveau des points les plus douloureux. L'acupuncture est réservée pour les cas les plus rebelles ; on enfonce le long du trajet du nerf cinq ou six aiguilles désinfectées à deux pouces environ de profondeur dans les tissus et on les laisse en place durant une heure.

Le traitement chirurgical est indiqué lorsque la sciatique a résisté aux traitements médicaux. Il consiste dans l'élongation du nerf, dans des mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur l'abdomen, dans la destruction des adhérences du nerf et l'incision de sa gaine dans le sens longitadinal.

Le courant galvanique, appliqué localement, a une action sédative marquée sur la douleur, mais, comme les courants employés doivent être assez intenses, l'application doit en être faite par le médecin. Les courants de faible intensité sont inutiles en raison de la position profonde du nerf dans la partie supérieure. Il faut employer de larges électrodes avec 30 à 50 milliampères. Le courant doit être dirigé ou interrompu graduellement pour ne pas déterminer de contractures musculaires douloureuses. Le traitement doit être continué jusqu'à la disparition de la douleur pendant le repos, et chaque application dure de 10 à 20 minutes.

Les courants de haute fréquence ont un effet sédatif. Il en est de même des rayons X.

Le massage ne doit pas être employé au début, mais il peut être très utile pour détruire des adhérences qui sont la cause de la persistance de la douleur.

Les bains chauds ont une action très calmante par la chaleur locale et la dilatation des vaisseaux cutanés.

Si la douleur est très intense, on peut faire, pendant quelques jours, une injection hypodermique d'hyoscine de un milligramme, mais on évitera la morphine et la cocaïne. L. Jumon.

Traitement mécanique des affections nerveuses, par Frenkel (*Zeitschr. f. aerztl. Fortbildung*, 15 fév. 1907). L'auteur estime qu'on n'a pas encore démontré, qu'en cas de modifications pathologiques des neurones moteurs, on arrive, par un traitement mécanique, à améliorer les paralysies et parésies.

Pour le tabes, la question est différente : le traitement orthopédique cherche surtout à lutter contre l'hypotonie des muscles péri-articulaires, cette hypotonie est indépendante de la gravité de l'affection médullaire et de l'état de la sensibilité ; elle est évidemment due à une lésion d'éléments jusqu'ici inconnus de la moelle. Si l'hypotonie a envahi les muscles du tronc, les malades ne peuvent plus s'asseoir et un corset orthopédique bien fixé leur rendra de grands services.

Dans le traitement de l'hémiplégie, les résultats sont difficiles à apprécier sainement, car on sait combien grande est la variabilité de la terminaison des troubles de ce genre, chez les sujets abandonnés à eux-mêmes. Chez les uns, la paralysie est définitive, chez d'autres, les fonctions sont entièrement récupérées : entre ces deux extrêmes, on rencontre les cas les plus dissemblables.

Chose curieuse, la contracture envahit surtout les groupes musculaires les moins paralysés, dans un membre atteint d'hémiplégie : en outre, les muscles les plus contracturés sont ceux qui, avant l'hémiplégie, avaient à travailler le plus. Donc les muscles qui travaillent le plus sont les moins paralysés.

A supposer que l'on puisse faire disparaître la contracture, sans guérir en même temps la paralysie, on rendrait un mauvais service au malade, qui se servira toujours mieux d'un membre contracturé que d'un membre inerte. Le traitement orthopédique ne cherchera du reste pas, le plus souvent, à modifier l'état de la musculature du côté malade, mais plutôt à émanciper le côté sain, toujours trop solidaire du côté hémiplégié.

Dans les paralysies spasmodiques, il existe une excessive excitabilité réflexe que la mécanothéraphie ne saurait améliorer.

Dans la paraplégie agitante, on peut aider à l'action de l'indispensable hyoscine en cherchant à rendre aux mouvements du tronc et du pied une certaine indépendance.

En résumé, la mécanothérapie des affections nerveuses est loin d'avoir tenu ce qu'on en espérait au début : elle est surtout dangereuse quand elle est mal appliquée, et l'auteur dispose d'une série d'observations démontrant le fait. La méthode ne repose, malgré toutes les apparences, sur aucune base scientifique sérieuse : seul, l'empirisme a permis de l'utiliser dans quelques cas d'une façon satisfaisante.

E. Vogt.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr COURTADE,
Ancien interne des hôpitaux.

Traitement des états infectieux de la gorge, par Meredith Young (*The Practitioner*, mars 1907). — Règle générale : une purgation saline est indiquée au début et le résultat est excellent dans l'amygdalite simple et septique. Il faut cependant s'en abstenir dans la scarlatine et diphtérie, car elle semble déterminer une aggravation de la maladie. Les salicylates occupent la première place dans les amygdalites, mais on les évitera dans la diphtérie en raison de leurs effets sur les reins. Dans la diphtérie on aura recours aux fortes doses d'antitoxine, qui donnent encore de bons résultats dans la rhinorrhée post-scarlatineuse. Le salophène est très utile dans les affections de la gorge où le rhumatisme intervient, il en est de même dans l'influenza, surtout lorsque l'angine est accompagnée de douleurs.

Comme soins locaux chez les jeunes enfants, il est préférable de recourir aux irrigations plutôt qu'aux gargarismes. On se servira ici de solution de borax, d'acide borique, de bicarbonate de soude, d'acide salicylique. S'il existe des croûtes dans le nez, on favorisera leur chute par un badigeonnage avec un pinceau chargé de vaseline. Pour les irrigations nasales on peut recourir à la plupart des antiseptiques faibles, notamment au benzoate et au salicylate de soude, au thymol et au menthol.

Après avoir nettoyé la gorge, on fera des pulvérisations avec de l'eau contenant, par exemple, du formament qui dégage du formol et de l'acétozone qui est très antiseptique et non irritant.

Les badigeonnages et les tamponnements de la gorge sont nécessaires dans l'amygdalite septique, dans la diphtérie, dans les cas d'ulcérations syphilitiques, etc. L'auteur recommande, dans ce but, l'ichthyol, la teinture de benjoin avec la glycérine, la résorcine à raison de 60 centigrammes pour 30 grammes d'eau alcaline.

Les pastilles et les comprimés constituent un traitement adjuvant très utile, mais souvent leur composition est trop forte, et il faut prévenir les malades contre un usage abusif.

Les irrigations nasales doivent être faites d'une certaine façon pour éviter d'endommager la trompe d'Eustache et l'oreille moyenne. Le patient doit tenir la bouche largement ouverte et respirer exclusivement par la bouche pendant la douche. Jamais les malades ne doivent se plaindre de l'oreille à la suite du traitement.

Il est parfois utile de pratiquer des insufflations de poudre, on se servira, dans ce cas, d'acide borique porphyrisé, de borate de soude, de menthol et d'iodoforme en petite quantité. Si l'on a besoin d'une action stimulante, on ajoute un demi pour cent de lysoforme à l'acide borique.

L. Jumon.

Quelques points du diagnostic et du traitement du cancer du larynx, par sir Felix Semon (*Brit. med. J.*, 12 fév. 1907). — Durant ces dernières années on a essayé de combattre le cancer du larynx par des moyens médicaux. Spicer a récemment employé dans plusieurs cas les injections de sérum de Doyen, qui, dans son opinion, a modifié les symptômes et retardé les progrès de la maladie, sans cependant procurer la guérison. Dans un cas, Scheppegrell a employé les rayons X avec succès, mais le diagnostic reste incertain. Il en est de même d'un cas de cancer du larynx traité par les injections de trypsine. Comme opérations, l'auteur s'occupe surtout de la thyrotomie et de la laryngectomie totale.

La thyrotomie peut être pratiquée dans tous les cas de cancer limités à l'intérieur du larynx, encore peu étendu, éloignés de la paroi extérieure et n'infiltrant pas les cartilages du larynx. L'âge avancé n'est pas une contre-indication, s'il n'y a pas de complication organique. Mais la faiblesse générale, la bronchite chronique, le mal de Bright avancé, le diabète, les lésions organiques graves affectent sérieusement le pronostic. Mais en dehors de ces conditions, la thyrotomie peut procurer de longues années de guérison, elle offre l'avantage d'être répétée lorsqu'il y a récidive ou d'avoir recours à une opération plus complète.

Pour la technique, au lieu de l'anesthésie générale, l'auteur donne une demi-heure à une heure avant l'opération une injection de morphine-scopolamine, puis fait une injection de novocaïne au niveau de l'incision. Le larynx étant ouvert, on badigeonne la muqueuse avec de la novocaïne et de l'adrénaline. Les deux moitiés cartilagineuses étant écartées, on fait une incision tout autour de la tumeur jusqu'au voisinage du cartilage. Les surfaces dénudées sont, au besoin, cautérisées au galvanocautère et saupoudrées avec de l'iodoforme. Enfin on réunit les deux moitiés du cartilage et on ferme la plaie, laissant ouverte la partie inférieure au voisinage de la trachée. On ne place pas de canule.

L'hémi-laryngectomie, ou l'extirpation partielle, n'intervient que lorsque la maladie a déjà envahi le squelette cartilagineux et dans les cas rares de cancer extrinsèque. Les résultats obtenus par l'auteur avec cette opération sont loin d'être satisfaisants. Dans ces cas il faut enlever les ganglions lymphatiques du voisinage, même lorsqu'ils ne paraissent pas envahis, lorsque le cartilage thyroïde est infiltré.

Quant à la laryngectomie totale, c'est une des opérations les plus mutilantes qui existent, tous les appareils imaginés pour suppléer au larynx sont bientôt abandonnés par les malades qui doivent se résigner à vivre isolés en dehors de toute relation. La mort survient par l'opération à peu près dans le cinquième des cas et la récidive est très fréquente. Les résultats sont peu satisfaisants, bien que l'opération soit la seule ressource dans les conditions où elle est faite. Pour éviter l'éventualité de cette opération, il faut diagnostiquer de bonne heure le cancer, lorsqu'il est intrinsèque, pour pratiquer la thyrotomie qui est alors suffisante et ménage une existence supportable au malade.

L. Jumon.

Du traitement des otites moyennes purulentes, par T.-S. Gliman (*Vratchebnaya Gazeta* 1907, nos 1 et 2). — Après avoir essayé successivement tous les procédés thérapeutiques recommandés contre l'otite moyenne suppurée, l'auteur a adopté définitivement le suivant, qu'il a trouvé incontestablement plus efficace que les autres.

On commence par nettoyer sommairement l'oreille au moyen de mèches de coton aseptique, puis on fait coucher le malade sur l'oreille saine et on remplit l'oreille malade d'eau oxygénée. Ce bain d'oreille

est prolongé pendant cinq minutes; ensuite on laisse écouler l'eau oxygénée (devenue fortement mousseuse et dans laquelle nagent de nombreux flocons purulents) en commandant au malade d'incliner la tête du côté atteint. Ceci fait, on pratique, par le procédé de Politzer, cinq ou six insufflations d'air dans la caisse du tympan et, enfin, on tamponne lâchement le conduit auditif avec une lanière de tarlatane stérilisée, qu'on a soin de pousser jusqu'à la membrane tympanique. Toutes ces manipulations sont répétées une fois par jour, à moins qu'il ne s'agisse d'un écoulement très abondant, auquel cas on est obligé d'intervenir deux et même trois fois dans la journée.

En cas de mastoïdite, l'auteur est partisan de l'opération précoce, mais si, pour telle ou telle autre raison, on est obligé de différer l'opération ou même de s'en abstenir, il conseille d'appliquer sur la région mastoïdienne des compresses imbibées d'alcool à 70° ou 80°, dont les effets antiphlogistiques et analgésiques sont, d'après son expérience, remarquables.

Enffn, l'auteur a pu se convaincre que la meilleure façon de traiter les granulations, surtout lorsqu'elles ne sont pas très volumineuses et qu'elles se trouvent dans le conduit auditif externe, consiste à pratiquer des insufflations de la poudre composée que voici :

Nitrate d'argent finement pulvérisé.	0 gr. 10
Poudre de talc.....	10 gr.

Sous l'influence de ces insufflations, les granulations ne tardent pas à se ratatiner, puis à disparaître.

V. DE HOLSTEIN.

Maladies vénériennes. — Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE,
Médecin des hôpitaux.

Le traitement de l'hypertrichose et la radiothérapie, par LEREDDE et MARTIAL (*Journal des praticiens*, 23 février 1907). — Les auteurs estiment que si jusqu'ici ce procédé a donné peu de succès, cela tient à ce que sa technique n'a pas été réglée avec une précision suffisante, et que les indications n'en sont pas bien déterminées. Elle ne s'applique pas aux hypertrichoses limitées, à gros poils, mais entre en jeu quand il s'agit de faire disparaître des hypertrichoses étendues, même généralisées, à poils minces, ou à gros poils, ou des duvets limités.

Les auteurs ont traité 21 cas, presque tous d'hypertrichose très accentuée, mais leur technique ne fut définitivement établie qu'en mars 1905. 8 malades ont abandonné leur traitement pour diverses raisons; chez une, l'insuccès fut complet; chez une autre, la repousse se produisit; une, guérie, a été perdue de vue; deux n'eurent qu'un succès partiel; chez quatre, les résultats furent très intéressants; deux furent guéries et deux autres sont encore en traitement.

Chez les deux malades guéries, les joues furent débarrassées au moins trois mois avant la lèvre supérieure. La peau des joues est lisse, sans aucune apparence d'atrophie : aux commissures labiales existe un dessèchement de la peau assez accentué et un fin plissement.

Toutes les malades, sauf une seule, se sont présentées avec un degré d'hypertrichose si avancé qu'il était impossible de dissimuler les poils ou d'obtenir une guérison permanente par quelque dépilatoire que ce soit. Sur un duvet, les rayons X donnent un succès facile et rapide, et il semble que la radiothérapie offre d'autant plus de chance de guérison qu'elle est appliquée d'une manière plus précoce.

Pour réussir, il faut, d'ailleurs, une technique méticuleuse : les ampoules seront rigoureusement mesurées, à débit constant; les cinq unités de Holzknecht nécessaires seront données par doses fractionnées, à intervalle de vingt-quatre heures, pour éviter, à coup sûr, l'érythème. La durée d'application, pour un même point, est de 2 m. 1/2 à 3 minutes. Il ne faut pas craindre d'aller jusqu'à une légère atrophie de la peau, indispensable à la guérison définitive.

Le jour où l'on saura que la radiothérapie est la méthode de choix pour le traitement des duvets, les cas d'hypertrichose à gros poils disparaîtront sans doute de l'observation médicale.

E. VOGT.

Traitement des teignes par la radiothérapie, par CHUTON (*Archives d'électricité médicale*, 25 janvier 1907). — Quinze à vingt jours après le début du traitement, c'est-à-dire après la chute complète des

cheveux de la région malade, le cuir chevelu n'est plus contagieux, la tête guérit rapidement, et l'enfant peut retourner à l'école.

De deux mois à dix semaines après la chute des cheveux, la repousse commence rapidement; elle est complète un mois après.

Point n'est besoin, en conséquence, d'insister sur la supériorité du traitement radiothérapique des teignes sur les autres traitements, car on guérit en vingt jours et sans aucune souffrance un malade qui, *bien soigné* par les autres méthodes, n'obtenait la guérison qu'au bout de deux ans.

E. Vogt.

Traitement des verrues par l'ion magnésium, par Lewis Jones et Flavelle (*Arch. d'électr. médicale*, 25 février 1907). — Le sulfate de magnésie ayant été employé, dans ces derniers temps, pour le traitement des verrues, les auteurs ont voulu étudier l'action de l'ion magnésium introduit par l'électrolyse. Ils disposent des trois cas, dans lesquels des verrues multiples ont parfaitement cédé à ce traitement. Dans un quatrième cas, une verrue solitaire, très dure, n'a pas été influencée.

La technique a été la suivante: un tampon, imprégné d'une solution de sulfate de magnésium à environ 3 0/0, est appliqué sur la lésion: ce tampon est recouvert d'une plaque métallique, en rapport avec le pôle positif d'une source d'électricité: on fait passer un courant de 5 milliampères pendant 15 minutes. Une semaine plus tard, courant de 8 milliampères, 15 minutes. Les verrues traitées ont disparu entièrement, quinze jours plus tard.

Dans un cas on appliqua, à titre expérimental, sur une large verrue, une électrode de magnésium couverte de coton imbibé de la solution de sulfate de magnésium, et sur une autre électrode de zinc avec ouate imbibée de sulfate de zinc. Cette dernière résista au traitement, devint dure et se rétracta: il fallut recourir au magnésium pour la faire disparaître.

E. Vogt.

Traitement de l'épithélioma cutané, par Bizard (*Progrès médical*, 9 févr. 1907). — Nous retiendrons de cet article ce qui a trait aux indications de la radiothérapie: celle-ci a toutes les préférences des malades, car elle leur évite toute sensation désagréable, toute opération, si minime qu'elle soit, et les cicatrices obtenues sont lisses, souples, souvent à peine visibles. Mais le réel danger de la méthode consiste en ce qu'on ne peut formuler ses inconvénients avec une précision absolue: on doit cependant se rappeler que les formes profondes de l'épithélioma ne sont pas justiciables des rayons X: il peut arriver en effet que, sous l'action de ce traitement, les cellules profondes de la tumeur manifestent une suractivité qui les fait s'étendre rapidement et transformer le néoplasme en une forme térébrante. Le même phénomène peut s'observer en surface, surtout quand les lésions occupent une assez large surface, et que le néoplasme occupe les muqueuses, les lèvres en particulier, ou appartient à une forme torpide.

Enfin, on a enregistré avec la radiothérapie des généralisations se documentant par de véritables embolies néoplasiques et greffes secondaires dans des organes éloignés.

Les radiodermites ne sont, du reste, pas même aujourd'hui, sûrement évitables.

L'auteur estime qu'en règle générale, on doit débuter par l'intervention chirurgicale et employer ensuite la radiothérapie pour éviter les récidives. Employer d'abord, de parti pris, les rayons X constitue une faute, même en cas d'épithélioma superficiel: toutes les méthodes autres que l'intervention chirurgicale constituent des auxiliaires utiles, mais non indispensables.

E. Vogt.

Traitement radiothérapique de la leucoplasie linguale non syphilitique, par Leduc (*Arch. d'électr. médicale*, 10 février 1907). — L'auteur a traité ainsi trois cas ayant résisté depuis plus de dix ans à toutes les médications. L'auteur fait passer la langue dans l'orifice aplati d'un entonnoir tronqué formé d'une feuille d'étain. La première séance fut très courte (deux minutes avec l'anticathode à 20 centimètres, tube mou). Trois semaines après, il n'y avait plus trace de leucoplasie: les parties saines n'avaient présenté aucune réaction. Le malade, ayant insisté pour subir une seconde séance, resta guéri.

E. Vogt.

Leucokératose de la langue, son traitement chirurgical, par W. Dubreuilh (*Journ.*

de méd. de Bordeaux, 24 février 1907). — La leucokératose linguale, quoique d'origine syphilitique, n'est pas une lésion de nature syphilitique, mais le reliquat d'un processus éteint. Aussi le traitement spécifique le plus énergique est sans action sur elle. Cependant, certains endroits blanchâtres, cornés, assez épais, accompagnent l'evolution d'une glossite superficielle et peuvent disparaître avec elle. Dans les cas où on peut constater ou soupçonner la glossite superficielle, il est indiqué de faire un traitement antisyphilitique; un seul mode de traitement est efficace : l'injection intra-musculaire de sels solubles ou mieux de calomel. Ce traitement ne peut rien contre la leucokératose vraie. Le traitement par les pulvérisations ou des attouchements ne donne que des résultats lents et incertains. Etant donné que la lésion est la graine du cancer de la langue, un seul moyen offre une sécurité suffisante, c'est l'ablation des plaques. Le malade étant chloroformé, la langue est saisie avec une pince à griffes. On pèle les parties malades avec le bistouri en enlevant toute l'épaisseur de la muqueuse, puis on passe le thermocautère à plat pour arrêter l'hémorragie.

Les plaques leucoplasiques de la lèvre et de la joue doivent également être extirpées, car elles deviennent plus tard le point de départ de cancroïdes.

Cependant, si la leucokératose linguale doit être traitée par la décortication, cela ne veut pas dire qu'il faut opérer toutes les plaques blanches de la langue. Il y a beaucoup de plaques blanches qui n'ont rien à faire avec la leucokératose, comme le lichen plan, les plaques blanches de la desquamation en aire, etc.

Il est aussi des leucokératoses vraies, minces et étalées, qu'il serait excessif d'opérer et qu'on peut traiter par des topiques. La décortication doit être réservée à ces leucokératoses épaisses, fendillées ou papillomateuses, qui peuvent devenir des cancers. Celles qui ont une base infiltrée, dure, résistant aux injections de calomel, sont déjà des cancers qu'il faut opérer, quoiqu'il soit un peu tard.

L. Jumon.

Traitement local des gommes syphilitiques par les injections d'iodure de potassium, par Trémolières (*La Presse médicale*, 23 février 1907). — Ce traitement est surtout indiqué quand l'ingestion du médicament est impossible et pour traiter des syphilides ou des gommes rebelles au traitement général : la technique est fort simple.

Avec une seringue de deux centimètres, muni d'une aiguille de platine, longue de 2 cm. et demi, on injecte la solution dans le tissu cellulaire environnant la gomme, tous les deux jours, en changeant chaque fois le lieu de la piqûre.

Les solutions fortes, douloureuses, sont inutiles : il suffit de solutions à 3 p. 100, qu'on rend indolores par addition de gaïacoloïd (procédé de Duret).

Ce traitement, rapidement efficace, n'occasionne jamais d'intoxication iodique, même chez les malades qui ne peuvent supporter l'ingestion du médicament.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

De la bacillurie tuberculeuse, par Thévenot et Ratier (*Province médicale*, 9 février 1907). — La recherche du bacille de Koch dans l'urine peut se faire, soit par décantation, soit par coagulation (procédés de Vos et de Jousset, inoscopie), soit par centrifugation. Si le culot semble mal adhérer à la lame, on peut y ajouter un peu d'albumine. La coloration ordinaire par la méthode de Ziehl montre les bacilles de Koch, de préférence au milieu des zones qui renferment des leucocytes : ils sont ordinairement en amas, groupés en paquets, et non pas isolés comme dans les préparations de crachats. Ils présentent souvent des espaces clairs transversaux, qui les font quelquefois ressembler à des amas de cocci. Il n'y a généralement pas de bacilles secondaires associés, tout au moins lorsque de nombreux cathétérismes n'ont pas encore été pratiqués. Il n'est pas nécessaire d'opérer sur des urines neutres et même ammoniacales. L'urine n'a pas non plus besoin d'être recueillie avec la sonde, puisque le bacille du smegma peut exister à l'intérieur des voies urinaires : il suffit de faire uriner le malade dans un verre aseptique, après nettoyage du méat et du gland.

L'examen direct peut être négatif : il faut

alors inoculer l'urine au cobaye, ou, dans certains cas d'urines très purulentes, au lapin, qui est plus résistant. L'inoculation doit porter sur un culot de centrifugation de 150 grammes d'urine, si elle est peu purulente : ce culot sera dilué dans un centimètre cube d'eau ou de bouillon stériles. L'inoculation sera faite sous la peau de la face interne de la cuisse : les ganglions inguinaux sont pris au bout de onze jours : au bout d'un mois, il y a des lésions du foie, de la rate et, plus tard, des poumons.

L'inoculation faite dans la mamelle d'une femelle en lactation donne des bacilles dans le lait vers le cinquième ou le sixième jour (Nattan).

L'examen direct est positif seulement dans 32 p. 100 des cas de tuberculose rénale, et l'inoculation dans 94 p. 100 des mêmes cas : cette statistique montre l'importance de l'inoculation au point de vue du diagnostic.

Son importance est encore plus considérable quand on a à faire le diagnostic du bacille de Koch avec les bacilles acido-résistants (bacille du smegma). Ce bacille a été trouvé, non seulement dans le smegma préputial, mais encore dans les urines retirées avec la sonde, surtout chez la femme : à l'examen direct, il paraît plus court, plus homogène que le bacille de Koch, mais il n'en est pas moins vrai qu'il est impossible, morphologiquement, de le différencier : il faut absolument faire l'inoculation pour avoir un diagnostic certain : son inoculation ne donne que des lésions locales et ne produit jamais de tuberculisation progressive et envahissante comme le bacille de Koch.

D'après les recherches récentes de Jousset, il existerait deux variétés de bacillurie tuberculeuse : 1° une bacillurie avec bacillémie, que l'on rencontre dans les formes de tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique, mais sans lésions tuberculeuses notables des reins ; 2° une bacillurie sans bacillémie, liée à une tuberculose rénale.

Toutes ces recherches viennent à l'appui de l'opinion de Bazy qui parlait en 1903, à la Société de chirurgie, du danger de baser sur le diagnostic bactériologique « seul » les indications opératoires.

M. Deschamps.

Incontinence d'urine par hyperacidité urinaire, par Variot (*Journal des Praticiens*, 16 février 1907). — Il s'agit d'un enfant de douze ans, fils d'incontinents et ayant hérité de cette infirmité ; comme il avait des urines hyperacides, et que les médications habituelles employées jusqu'alors avaient échoué, on eut l'idée de lui administrer du bicarbonate de soude par doses de 0 gr. 50. Au bout de deux prises l'incontinence disparaît ; on cesse alors le bicarbonate, mais l'incontinence reparaît ; on redonne alors le bicarbonate avec le même succès que la première fois.

Il est probable que l'hyperacidité de l'urine irrite la muqueuse vésicale et fait contracter brusquement la tunique musculeuse.

M. Deschamps.

Traitement de l'anurie post-opératoire par la spartéine, par Mac Guire (*Medical Record*, 19 janvier 1907). — L'auteur rapporte six cas d'anurie post-opératoire traités avec succès par des injections sous-cutanées de sulfate de spartéine à la dose de 6 à 12 centigrammes, renouvelées toutes les six heures : dans les six cas, la diurèse est survenue trente minutes après l'injection, en même temps que la tension artérielle se relevait ; l'effet se maintenait pendant une période de quatre à six heures après l'injection.

L'anurie post-opératoire qui survient vingt-quatre à trente-six heures après l'opération est extrêmement grave et considérée par l'auteur comme la principale cause de mort chez les opérés : aucun des moyens employés auparavant (sérum à doses massives, digitale, strychnine, applications chaudes, révulsion, etc...) ne lui avait donné les résultats observés avec les injections de spartéine.

M. Deschamps.

Traitement des calculs vésicaux, par Stanmore Bishop (*Brit. med. J.*, 23 février 1907). — Bien que la litholapaxie ait beaucoup d'avantages, le choix de cette méthode doit toujours dépendre de la certitude complète d'enlever tous les fragments, même les petits. Il n'est pas étonnant, en conséquence, que les chirurgiens reviennent, dans quelques cas, aux opérations sanglantes. Parmi ces dernières, l'auteur procède, de préférence, par la voie périnéale s'il y a de la cystite septique ; autrement, il emploie l'opération sus-pubienne. Quant au diagnostic, le moment est venu d'abandonner complètement la sonde. La radio-

graphie est extrêmement utile, mais le cystoscope a, sur elle, deux grands avantages. Les calculs enclavés dans l'extrémité vésicale de l'uretère ou enchatonnés dans un diverticule se voient bien sur une radiographie, mais on ignore leurs rapports avec la cavité vésicale. En outre, de petites tumeurs au voisinage de l'urètre donnent lieu à des symptômes qui ne diffèrent guère de ceux des calculs.

L'auteur recommande la suture immédiate de la vessie dans tous les cas non infectés, pour éviter les anciens inconvénients de l'ancienne opération sus-pubienne : suintement de l'urine sur la peau, possibilité d'abcès secondaires en arrière du pubis, fistules urinaires. Il n'est plus nécessaire aujourd'hui d'insister autant sur l'asepsie, puisqu'il s'agit d'une chose toute naturelle. Les obstacles à la fermeture de la plaie tiennent d'abord à l'issue de liquide de la vessie sur la plaie, lorsque la vessie a été distendue par la solution d'acide boriquée avant sa division ; en second lieu, à l'ouverture de la cavité de Retzius et à la formation d'un hématome dans cette cavité, enfin à la contusion des tissus des bords de la plaie, soit de la vessie, soit de la paroi abdominale. Aussi l'auteur se sert-il de pinces spéciales pour saisir les bords de la plaie vésicale sans les écraser.

L. JUMON.

Sur le traitement de l'hypertrophie de la prostate, par G. GUNN (*Brit. med. J.*, 12 fév. 1907). — On a trop donné d'importance, d'après l'auteur, au traitement opératoire de l'hypertrophie prostatique. Beaucoup de cas peuvent être très améliorés, sinon guéris par un traitement non chrirurgical. A Paris, la prostatectomie est loin d'être toujours pratiquée : à Londres, on y a très souvent recours, tandis qu'à Berlin on préfère le plus souvent les mesures palliatives. Gunn indique alors les lignes suivant lesquelles il a dirigé le traitement dans 41 cas : 11 d'entre eux ont exigé l'opération, 9 ont très bien guéri, 2 malades ont succombé ; 19 malades ont été traités par des mesures palliatives avec plus ou moins de succès. Aucun de ces cas n'a eu à recourir à la sonde : ici Gunn croit que les risques du cathétérisme sont supérieurs à ceux de l'opération. Browne pense que beaucoup de malades peuvent être soulagés par les lavages de la vessie. Le traitement palliatif doit être employé tant que l'obstacle à l'émission de l'urine n'est pas complet.

L. JUMON.

Prostatisme à l'âge de trente-deux ans, par BOISSON (*Journal méd. de Bruxelles*, 24 janvier 1907). — Il s'agit d'un malade de trente-deux ans, atteint d'urétro-cystite blennorragique, qui urinait toutes les demi-heures le jour, et jusqu'à sept fois pendant la nuit ; malgré le nombre exagéré de mictions, le cathétérisme montra qu'il ne vidait pas sa vessie, laquelle contenait un résidu de 75 grammes. Le cystoscope fit voir des lésions de cystite chronique : la prostate était augmentée de volume. Le massage de la prostate et la dilatation améliorèrent beaucoup l'état du malade.

Cette observation montre qu'il peut exister des prostatiques jeunes, et ce prostatisme peut être la conséquence d'une prostatite chronique.

M. DESCHAMPS.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL,

Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité.

La guérison radicale du cancer de la matrice, par LAPTHORN SMITH (*J. de méd. et de chir. de Montréal*, 26 janvier 1907). — On ne pourra espérer voir disparaître le cancer de l'utérus qu'en admettant certains axiomes, qui sont les suivants : Le cancer n'est pas une maladie héréditaire. Le cancer est contagieux, il est dû à des germes ou à des cellules spécifiques. La graine du cancer pousse de préférence sur un tissu de cicatrice. Le cancer de l'utérus s'accompagne d'une sécrétion avec éléments infectieux, par laquelle se diffuse la contagion. Le cancer de l'utérus a presque disparu de la clinique de l'auteur et dans la pratique de ses amis, parce qu'on ne laisse pas, sans l'opérer, une femme qui a le col déchiré plein de tissu cicatriciel. Or, sans opération, ces femmes auraient fourni un lot considérable de cancers de l'utérus et seraient devenues le point de départ de nombreuses contagions. Après opérations ou examens pour cancer, les mains devraient être désinfectées à fond comme pour une laparotomie pour éviter toute transmission. Tous les cas de cancer

de diminuer leur sensibilité par le bromure de camphre par exemple : il leur faut des reconstituants et des toniques.

Pour tonifier le psychisme supérieur, il faut remplacer, par exemple, les tendances à l'égoïsme, à l'auto-observation par des idées d'expansion, de sacrifice, de dévouement à la patrie, à l'humanité, etc. On tâchera d'éviter les émotions inutiles, trop intenses ou trop familières, et d'entraîner le malade à ne pas conformer ses actes à ses émotions morbides.

Le médecin se gardera d'aborder l'émotion morbide de front, car le malade ne peut s'y soustraire, et est en conséquence incapable de l'empêcher de se manifester. Comme les actes volontaires ont de l'influence sur les émotions involontaires, on recommandera au sujet d'affecter une allure vive, de se tenir droit, de donner à son regard une expression vive, etc. On entraînera peu à peu le malade à agir malgré ses émotions et en dehors d'elles : celles-ci s'estomperont peu à peu.

Il est vrai que la maladie confirmée résiste trop souvent à la médication : il faut donc faire autant que possible de la prophylaxie, surveiller médicalement l'éducation, le mariage, la vie publique, etc.

La meilleure méthode de défense contre le débordement des maladies de l'émotion, la seule hygiène vraie du système nerveux, c'est, pour l'auteur, la morale.

E. Vogt.

Traitement de la sciatique, par Frank Fowler (*The Practitioner*, mars 1907). — Le caractère rebelle et la longue durée de la sciatique dans quelques cas obligent à un traitement énergique dès le début. Le diagnostic de la névrite sciatique étant établi, il faut d'abord assurer le repos absolu du nerf. Souvent la durée de la maladie tient à la négligence de cette prescription. Comme la chaleur est nécessaire, le repos au lit est tout indiqué. Dans les cas graves, on aura recours à une gouttière comprenant la hanche et le genou.

S'il y a eu élévation de température au début, on peut donner une purgation saline ; le régime doit être substantiel, mais on supprimera tout alcool. Les pilules bleues seront souvent utiles, soit en abaissant la pression sanguine, soit parce qu'elles aideront à la résorption des produits inflammatoires.

La révulsion est employée dès le début du traitement. On se sert de teinture d'iode ou on applique une série de petits vésicatoires le long du nerf, au niveau des points les plus douloureux. L'acupuncture est réservée pour les cas les plus rebelles ; on enfonce le long du trajet du nerf cinq ou six aiguilles désinfectées à deux pouces environ de profondeur dans les tissus et on les laisse en place durant une heure.

Le traitement chirurgical est indiqué lorsque la sciatique a résisté aux traitements médicaux. Il consiste dans l'élongation du nerf, dans des mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur l'abdomen, dans la destruction des adhérences du nerf et l'incision de sa gaine dans le sens longitadinal.

Le courant galvanique, appliqué localement, a une action sédative marquée sur la douleur, mais, comme les courants employés doivent être assez intenses, l'application doit en être faite par le médecin. Les courants de faible intensité sont inutiles en raison de la position profonde du nerf dans la partie supérieure. Il faut employer de larges électrodes avec 30 à 50 milliampères. Le courant doit être dirigé ou interrompu graduellement pour ne pas déterminer de contractures musculaires douloureuses. Le traitement doit être continué jusqu'à la disparition de la douleur pendant le repos, et chaque application dure de 10 à 20 minutes.

Les courants de haute fréquence ont un effet sédatif. Il en est de même des rayons X.

Le massage ne doit pas être employé au début, mais il peut être très utile pour détruire des adhérences qui sont la cause de la persistance de la douleur.

Les bains chauds ont une action très calmante par la chaleur locale et la dilatation des vaisseaux cutanés.

Si la douleur est très intense, on peut faire, pendant quelques jours, une injection hypodermique d'hyoscine de un milligramme, mais on évitera la morphine et la cocaïne. L. Jumon.

Traitement mécanique des affections nerveuses, par Frenkel (*Zeitschr. f. aerztl. Fortbildung*, 15 fév. 1907). L'auteur estime qu'on n'a pas encore démontré, qu'en cas de modifications pathologiques des neurones moteurs, on arrive, par un traitement mécanique, à améliorer les paralysies et parésies.

Pour le tabes, la question est différente : le traitement orthopédique cherche surtout à lutter contre l'hypotonie des muscles péri-articulaires, cette hypotonie est indépendante de la gravité de l'affection médullaire et de l'état de la sensibilité ; elle est évidemment due à une lésion d'éléments jusqu'ici inconnus de la moelle. Si l'hypotonie a envahi les muscles du tronc, les malades ne peuvent plus s'asseoir et un corset orthopédique bien fixé leur rendra de grands services.

Dans le traitement de l'hémiplégie, les résultats sont difficiles à apprécier sainement, car on sait combien grande est la variabilité de la terminaison des troubles de ce genre, chez les sujets abandonnés à eux-mêmes. Chez les uns, la paralysie est définitive, chez d'autres, les fonctions sont entièrement récupérées : entre ces deux extrêmes, on rencontre les cas les plus dissemblables.

Chose curieuse, la contracture envahit surtout les groupes musculaires les moins paralysés, dans un membre atteint d'hémiplégie : en outre, les muscles les plus contracturés sont ceux qui, avant l'hémiplégie, avaient à travailler le plus. Donc les muscles qui travaillent le plus sont les moins paralysés.

A supposer que l'on puisse faire disparaître la contracture, sans guérir en même temps la paralysie, on rendrait un mauvais service au malade, qui se servira toujours mieux d'un membre contracturé que d'un membre inerte. Le traitement orthopédique ne cherchera du reste pas, le plus souvent, à modifier l'état de la musculature du côté malade, mais plutôt à émanciper le côté sain, toujours trop solidaire du côté hémiplégié.

Dans les paralysies spasmodiques, il existe une excessive excitabilité réflexe que la mécanothérapie ne saurait améliorer.

Dans la paraplégie agitante, on peut aider à l'action de l'indispensable hyoscine en cherchant à rendre aux mouvements du tronc et du pied une certaine indépendance.

En résumé, la mécanothérapie des affections nerveuses est loin d'avoir tenu ce qu'on en espérait au début : elle est surtout dangereuse quand elle est mal appliquée, et l'auteur dispose d'une série d'observations démontrant le fait. La méthode ne repose, malgré toutes les apparences, sur aucune base scientifique sérieuse : seul, l'empirisme a permis de l'utiliser dans quelques cas d'une façon satisfaisante.

E. Vogt.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr COURTADE,
Ancien interne des hôpitaux.

Traitement des états infectieux de la gorge, par Meredith Young (*The Practitioner*, mars 1907). — Règle générale : une purgation saline est indiquée au début et le résultat est excellent dans l'amygdalite simple et septique. Il faut cependant s'en abstenir dans la scarlatine et diphtérie, car elle semble déterminer une aggravation de la maladie. Les salicylates occupent la première place dans les amygdalites, mais on les évitera dans la diphtérie en raison de leurs effets sur les reins. Dans la diphtérie on aura recours aux fortes doses d'antitoxine, qui donnent encore de bons résultats dans la rhinorrhée post-scarlatineuse. Le salophène est très utile dans les affections de la gorge où le rhumatisme intervient, il en est de même dans l'influenza, surtout lorsque l'angine est accompagnée de douleurs.

Comme soins locaux chez les jeunes enfants, il est préférable de recourir aux irrigations plutôt qu'aux gargarismes. On se servira ici de solution de borax, d'acide borique, de bicarbonate de soude, d'acide salicylique. S'il existe des croûtes dans le nez, on favorisera leur chute par un badigeonnage avec un pinceau chargé de vaseline. Pour les irrigations nasales on peut recourir à la plupart des antiseptiques faibles, notamment au benzoate et au salicylate de soude, au thymol et au menthol.

Après avoir nettoyé la gorge, on fera des pulvérisations avec de l'eau contenant, par exemple, du formament qui dégage du formol et de l'acétozone qui est très antiseptique et non irritant.

Les badigeonnages et les tamponnements de la gorge sont nécessaires dans l'amygdalite septique, dans la diphtérie, dans les cas d'ulcérations syphilitiques, etc. L'auteur recommande, dans ce but, l'ichthyol, la teinture de benjoin avec la glycérine, la résorcine à raison de 60 centigrammes pour 30 grammes d'eau alcaline.

devraient être isolés, et les médecins devraient convaincre le public de leur extrême contagiosité. Le cancer est en décroissance dans les pays qui ont eu foi en l'opération d'Emmet : il augmente au contraire dans les pays où on ne reconnaît pas la déchirure du col comme cause de cancer, en Angleterre, en France et en Allemagne. Examiner vers la trentaine toute femme qui a eu des enfants et l'opérer en cas de cicatrice du col. Ne pas attendre le preuve histologique car il est déjà trop tard.

Lorsque le cancer n'a encore que le volume d'une tête d'épingle, tailler au loin dans les tissus sains, curetter l'utérus, toucher avec de l'acide phénique pur, stériliser le vagin avec du sublimé, cautériser le moignon cruenté avec le cautère actuel et le recouvrir avec du tissu emprunté au vagin. L'opération doit être beaucoup plus importante si le cancer est plus étendu. Noter enfin les cancéreux inopérables pour éviter la diffusion de la maladie.

L. Jumon.

Hystérectomie pour fibromes du col, par Haultain (*Edinb. Obst. Soc.*, 13 février 1907). — L'étude clinique et anatomique de l'auteur embrasse trente cas de tumeurs fibreuses du col enlevées par l'hystérectomie abdominale. Dans ce nombre, le col était atteint dans vingt-deux cas. Les fibromes du col et du corps se sont rencontrés dans sept cas. Les tumeurs qui, dans quatre cas, occupaient la portion supravaginale, étaient sous-péritonéales et occupaient aussi la cloison recto-vaginale. La portion libre du col n'était pas affectée, à part un déplacement en haut. Dans les cas où toute la paroi cervicale, antérieure ou postérieure, était atteinte, l'orifice interne était dilaté et admettait facilement le doigt. Haultain décrit les modifications produites dans la disposition du péritoine pelvien par ces tumeurs cervicales. Lorsqu'elles sont situées sur la paroi antérieure, le cul-de-sac rétro-utérin n'est pas modifié et le péritoine s'étend en bas jusqu'au tiers supérieur de la paroi vaginale postérieure. Les tumeurs de la paroi postérieure, au contraire, soulèvent ce péritoine en haut et sont en rapport étroit avec le rectum. Ceci mérite d'être retenu pour l'intervention chirurgicale. Les tumeurs cervicales se manifestent par des compressions sur la vessie et le rectum et non par des douleurs. Des hémorragies ont apparu dans dix cas sur vingt-deux où le col était seul intéressé.

L'hystérectomie est ici rendue difficile par l'absence de points de repère habituels, par la relation des tumeurs avec l'uretère et l'allongement des artères utérines. Lorsque la tumeur est située sur la paroi postérieure du col près du rectum, l'énucléation peut être suivie de l'infection du lit de la tumeur par le colibacille. S'il existe une capsule distincte entourant la tumeur, il vaut alors mieux enlever la tumeur et laisser la capsule.

L. Jumon.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

La maladie de Barlow et son traitement, par Bendix (*Zeitschr. f. Aerztl. Fortbildung*, 15 janvier 1907). — Le traitement de cette affection, diagnostiquée de bonne heure, donne des résultats fort satisfaisants. A partir du moment où l'on remplace le lait stérilisé et les préparations analogues par du lait cru, non bouilli, l'enfant jusque-là anorexique ingère avec avidité le nouvel aliment; les extrémités douloureuses et œdématiées reprennent leur aspect normal en une à deux semaines au plus. L'anémie, les hémorragies, la cachexie cèdent peu à peu.

Le lait frais sera conservé dans la glace jusqu'au moment de l'emploi : il est inutile de l'additionner d'eau, puisque les malades ont le plus souvent dépassé la première année. On fera bien du reste de donner, en dehors du lait cru, un mélange de viande de bœuf pulpée et d'eau (une partie de bœuf pour quatre d'eau), qu'on laisse macérer pendant une demi-heure et qu'on passe à travers une gaze fine. On peut aussi, au repas de midi, administrer un peu d'épinards, de purée de pommes de terre, etc. et deux à trois fois par jour une cuillerée à café de jus de fruits (citrons, fraises, pommes, poires, etc. sucrés).

Les médicaments sont inutiles pour le traitement des extrémités œdématiées, il suffit d'appliquer des enveloppements de Priessnitz.

E. Vogt.

Sur le traitement de la coqueluche, par Manasse (*Medical Bulletin*, janvier 1907). — Parmi les médicaments, l'auteur préconise

le thym et son essence. Tandis qu'on admettait généralement que le thym est antiseptique, antispasmodique, expectorant, sédatif et tonique, on présenta il y a quelques années cette plante comme un spécifique de la coqueluche. Voici une formule que recommande l'auteur :

Thym cultivé et thym sauvage ââ	50 gr.
Bromure de potassium	8 gr.
Bromure de sodium	8 gr.
Bromure d'ammonium	4 gr.
Sulfate d'atropine	0 gr. 02
Sucre	200 gr.
Alcool	20 gr.
Eau	80 gr.

Ces deux derniers en quantité suffisante pour faire un litre.

Les médicaments réduits en poudre fine, sont humectés avec 150 cc. de véhicule et mis à macérer durant 24 heures. On ajoute alors l'eau et l'alcool et on filtre. Chaque cuillérée à thé (5 cc.) représente 0,10 du mélange de bromure et 0,0001 de sulfate d'atropine; c'est la dose pour un enfant de dix à douze ans. Lorsque la toux est particulièrement fatigante, on ajoute à la préparation un peu de codéine. D'après l'auteur les symptômes se sont amendés et les quintes ont diminué de nombre assez rapidement. Il n'y a pas eu de vomissements et la guérison a eu lieu en moyenne en 4 à 5 semaines.

L. Jumon.

La glycérine dans le coryza du nouveau-né, par Variot (*Journal des Praticiens*, 23 février 1907). — Le coryza simple du nouveau-né constitue un fort obstacle à la succion et partant à la croissance : l'auteur le combat par la glycérine boriquée à 1 p. 50. Il n'utilise pas les injections aqueuses, qui ont l'inconvénient de repousser les mucosités vers les orifices des bronches et de provoquer des otites, tandis que la glycérine est déshydratante, amollit les concrétions et les décolle. L'enfant les rejette en éternuant.

L'addition d'acide borique n'est pas indispensable, car la glycérine est, par elle-même, désinfectante; on introduira, deux à trois fois par jour, quelques gouttes de glycérine dans les narines. Les coryzas les plus tenaces sont ainsi guéris en quelquss jours.

E. Vogt.

La pyélite dans l'enfance, par Monti (*Allg. Wien. med. Zeit.*, janv. 1907). — La pyélite peut être une complication d'une néphrite parenchymateuse, d'une tuberculose rénale, d'une tumeur du rein; dans d'autres cas elle constitue une maladie autonome qui n'est pas très rare chez les enfants. Elle est alors due soit à l'action de certains médicaments soit à des causes mécaniques nocives, phimosis, hypospadias, compression de la veine ou de l'uretère par une tumeur. Elle peut être causée par une maladie infectieuse, scarlatine, variole ou par des dépôts d'urates à la suite d'un régime inapproprié. La gonococcie et la tuberculose comptent aussi parmi les causes de la pyélite chez l'enfant.

Dans les cas aigus on prescrit le repos au lit et le régime lacté, qu'on continue tant que l'urine ne présente pas de modification. Dès qu'il se produit une rechute il faut de nouveau y recourir. Une autre indication est l'administration de boissons abondantes pour provoquer la diurèse. On a recommandé ici les eaux de Vichy, les eaux acides gazeuses. Dans tous les cas de pyélite, les bains tièdes (27°) de un quart d'heure à une demi-heure de durée avec de l'eau simple ou de l'eau de mer, de l'eau salée constituent un traitement adjuvant très utile.

D'après la cause déterminante de la maladie on pourra administrer différents médicaments au cours de la pyélite. Si elle s'est développée à la suite de l'usage de médicaments nuisibles, on les supprimera, on donnera du lait et de l'iodure de sodium pour provoquer une élimination rapide.

Dans tous les cas aigus avec pyurie abondante, on peut essayer, pendant peu de temps, l'emploi du tannin à dose de 1 à 30 centigrammes ou de l'alun aux mêmes doses. Lorsqu'il existe en même temps du sang dans l'urine, on prescrira de petites doses d'ergot de seigle.

Dans les cas chroniques, l'auteur a obtenu de bons résultats de l'emploi interne d'une solution à 2 p. 100 de chlorure de sodium, et d'inhalations d'essence de pin.

Dans la pyélite consécutive à la stase urinaire, il faut employer le cathéter et les lavages de la vessie avec beaucoup de soin. On se sert ici d'acide borique et de tannin. Pour désinfecter les voies urinaires on prescrira l'urotropine. La pyélite consécutive aux infections bactériennes peut être avantageusement traitée par le carbonate de gaïacol à la dose de 0 gr. 01, trois ou quatre fois par jour. Lorsqu'il existe de la fièvre,

on peut aussi employer le thiocol à l'intérieur.

L. Jumon.

Traitement de l'érythème du siège des nouveau-nés, par F. Quillier (*Revue pratique de gyn. d'obst. et de péd.*, février 1907). — Cet érythème qui, abandonné à lui-même ou soumis à un traitement insuffisant, s'aggrave et prend la forme vésiculeuse, papuleuse et même ulcéreuse, doit être soumis à un traitement précoce et correct.

L'irritation excrémentitielle joue ici un rôle manifeste qui devient plus considérable encore lorsqu'il existe des troubles digestifs. Il faut donc surveiller avec soin l'allaitement, régler soigneusement les tétées au sein ou au biberon. Dans l'immense majorité des cas, cette surveillance suffit pour voir les dermites disparaître en même temps que les troubles digestifs qui les ont occasionnées.

Comme traitement local, les soins hygiéniques, la propreté, ont une influence prophylactique. Dans les formes vésiculeuses, papuleuses, il faut veiller à ce que l'enfant ne soit pas toujours maintenu sur le dos ou sur le siège. Il faut le retourner souvent et même le coucher sur le ventre pour éviter une compression trop prolongée du plan postérieur.

Dans l'érythème du siège léger ou accentué, papuleux ou vésiculeux, limité ou non, l'usage du bain doit être radicalement proscrit. La pratique des bains même très courts d'eau bouillie simple ou légèrement antiseptique est plus nuisible qu'utile. Il vaut mieux chaque fois que l'enfant est souillé le laver avec soin et douceur en employant du coton hydrophile et de l'eau bouillie tiède, on éponge ensuite, puis on poudre largement avec de la poudre de talc, de sous-nitrate de bismuth, ou avec le mélange :

Poudre de talc.....	ãã 50 gr.
Sous-nitrate de bismuth...	
Oxyde de zinc.....	25 gr.

Dans les cas bénins d'érythème simple, il est préférable de s'abstenir de pommade car même la vaseline pure et stérilisée peut être irritante.

Dans les formes érosives, papuleuses, l'auteur recommande à peu près exclusivement l'emploi du glycérolé d'amidon qui évite les frottements et donne de bons résultats.

Enfin on accordera la première place au traitement prophylactique, le traitement local, toujours très prudemment conduit, n'étant qu'un adjuvant.

L. Jumon.

Nouvelle formule d'huile grise, par Queyrat (*Soc. médicale des hôpitaux*, 3 fév. 1907). L'orateur fait ressortir que la formule actuellement employée est défectueuse parce qu'on exige une huile solide à la température ordinaire, qu'on est ensuite obligé de liquéfier au bain-marie, à 30°. Or, au cour de l'immersion dans le bain-marie, le mercure se précipite dans les parties inférieures. En outre, on n'a pas toujours le temps de fixer très exactement la température : si on monte à 50°, le mélange se divise bientôt en trois zones, dont l'inférieure contient 65 p. 100 de mercure.

On demande une huile solide à la température ordinaire pour éviter les chances d'embolie et assurer au mélange une stabilité parfaite : or, les chances d'embolie sont nulles ou à peu près si on fait les injections en 2 temps. La stabilité n'est pas non plus obtenue, puisqu'au-dessus de 30° le liquide se désagrège.

Lafay, sur la prière de l'orateur, est arrivé, après de nombreux tâtonnements, à une formule qui donne une huile grise liquide à 15°, admirablement tolérée, n'occasionnant aucune douleur, dont voici la formule :

Mercure purifié.....	40 gr.
Lanoline anhydre pure et stérilisée.	13 gr. 80
Oléo-naphtine.....	46 gr. 50

Us. Ext.

E. Vogt.

Le massage vibratoire, par Witthauer (*Therap. Monatshefte*, févr. 1907). — L'auteur s'étonne que le massage vibratoire, qu'il pratique au moyen d'un appareil inventé par lui, n'ait pas encore réussi à attirer davantage l'attention du public médical. Il donne à ce sujet une série d'indications nouvelles, recueillies depuis la publication de son manuel (*F. C. W. Vogel, à Leipzig, éditeur*).

Rétroflexion utérine. — L'auteur affirme qu'une rétroflexion mobile, non compliquée, ne cause aucun trouble et ne nécessite aucun traitement. Si des troubles existent, avec intégrité de l'utérus et des annexes, ils sont dus à des adhérences par para-ou péri-métrite dont le massage vibratoire aura rai-

son. Le même traitement s'applique aux exsudats chroniques du paramétrium et aux cas d'ovarite ancienne.

Irritation du sympathique abdominal. — L'auteur range sous cette rubrique les malades qui se plaignent de douleurs abdominales sans siège précis, chez lesquels l'examen ne décèle aucune lésion localisée, douleurs que l'on met d'habitude sur le compte de l'hystérie et de la neurasthénie. Le massage vibratoire donne ici les meilleurs résultats : on commence par des vibrations légères et relativement lentes, puis on alterne celles-ci avec des vibrations rapides et profondes (cinq à huit minutes tous les jours). La nuit, on applique un enveloppement humide.

Boule hystérique, — Cette sensation dépendant aussi d'une irritation du grand sympathique abdominal, on instituera le même traitement, auquel on ajoutera des vibrations externes dans la région du larynx et des badigeonnages du pharynx avec de l'alumnol, s'il existe de la pharyngite chronique.

Entéro-colite muco-membraneuse, — On commence par traiter les troubles dyspeptiques, et l'on administre tous les jours un lavement d'huile : puis on fait des vibrations lentes sur la région abdominale. Après la selle quotidienne, on donne un lavement d'un demi-litre d'une solution d'acétate d'alumine (une cuillerée à soupe pour un litre d'eau), que le malade garde aussi longtemps que possible.

Constipation chronique. — On parvient, chez les sujets jeunes, à la faire disparaître en six à huit semaines par le massage vibratoire, au besoin en introduisant la boule dans le rectum.

E. Vogt.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Congrès de stomatologie. — Ce congrès qui portera le nom de Premier Congrès français de stomatologie, se réunira à Paris du 1er au 3 août 1907.

Le Comité d'organisation de ce congrès a formé son bureau de la façon suivante :

Présidents d'honneur : Drs Galippe et Redier (de Lille).

Président : Dr Cruet.

Vice-présidents : Drs Claude-Martin (de Lyon) et J. Ferrier.

Secrétaire général : Dr Chompret,

Trésorier : Dr Gires.

Le congrès sera ouvert à tous les médecins français et étrangers s'intéressant aux maladies de la bouche et des dents.

Les adhésions et communications doivent être adressées au secrétaire général, Dr Chompret, 182, rue de Rivoli, Paris. »

Gynécologie opératoire et chirurgie abdominale. — *Clinique gynécologique* (Hôpital Broca. Professeur : M. Pozzi).

Cours de technique expérimentale (opérations sur l'animal vivant) par MM. Proust, agrégé, et Dartigues, chef de clinique, sous la direction de M. le prof. Pozzi.

Le cours a commencé le samedi 2 mars 1907, à 2 h. 1/2, et se continuera les mardis, jeudis et samedis suivants.

Le montant des droits à verser est de 50 francs

Le nombre des places est limité.

Seront admis MM. les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement relatifs à ces cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 heures (guichet no 3).

Nécrologie. — Mathias Duval, le savant professeur d'histologie de la Faculté de Paris, vient de mourir à l'âge de soixante-trois ans, et cette perte sera très vivement ressentie dans tout le monde scientifique et médical parisien.

Né à Grasse, fils d'un inspecteur d'académie, qui était encore un botaniste apprécié, Mathias Duval fit ses études à Strasbourg, où il passa sa thèse de doctorat en 1869, et remplit les fonctions de prosecteur à la Faculté.

La guerre et l'annexion le conduisirent à Paris, où en 1873, il fut reçu agrégé avec une thèse très remarquée sur la *Structure et les usages de la rétine*. Successivement directeur du laboratoire d'anthropologie à l'Ecole des Hautes Etudes, professeur d'anatomie à l'Ecole des

Beaux-Arts, élu en 1882 membre de l'Académie de médecine, il succéda en 1885 à M. Ch. Robin dans la chaire d'histologie de la Faculté de médecine.

Outre un enseignement fécond, très apprcié par les élèves, de nombreux mémoires d'histologie, d'embryologie, d'anthropologie, notamment sur le cerveau de Gambetta, on doit à Mathias Duval un *Cours de Physiologie* primitivement écrit avec le Pr Küss de Strasbourg et dont les éditions ne se comptent guère, un *Manuel du Microscope* (1873), un *Précis de technique microscopique et histologique* (1878), un *Précis d'anatomie à l'usage des artistes* (1881), des *Leçons sur la physiologie du système nerveux* (1883), un *Traité d'histologie*, etc., etc.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'Ophtalmologie, par le Dr V. Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, 1 vol. petit in-8° de la *Collection de Précis Médicaux*, de xx-640 pages, avec 339 figures dans le texte et 3 planches hors texte en couleurs, cartonné toile souple. (Masson et Cie, éditeurs), 12 francs.

Le plan classique des manuels d'ophtalmologie semble avoir été la cause de l'aversion qu'ont eue nombre de médecins pour l'étude des maladies des yeux; les longs développements dans la description de l'appareil optique, l'exposé des formules traduisant les lois de la réfraction, laissaient supposer que toute la pathologie oculaire fût basée sur la compréhension de ces formules et qu'une forte connaissance des mathématiques était indispensable à qui voulait étudier ces affections spéciales. Le Dr Morax s'est efforcé de supprimer de ce précis tout ce qui pouvait propager cette croyance, car le futur médecin n'a pas à s'embarrasser de toutes ces connaissances.

L'auteur a poursuivi, dans la description des affections de l'appareil visuel, la marche habituelle de l'investigation clinique et n'examine les membranes profondes de l'œil qu'après avoir observé les téguments cutanés, l'appareil lacrymal, la conjonctive, la cornée, etc. Les méthodes spéciales sont indiquées à propos des affections qu'elles permettent de dépister. Pour rendre la classification plus claire, on a conservé le groupement anatomique et régional et réparti les affections ou les syptômes dans quatre chapitres étiologiques principaux : 1° les lésions congénitales ou malformations; 2° les affections traumatiques; 3° les infections; 4° les néoplasies. Enfin, pour rendre ce précis aussi pratique que possible, l'auteur s'est efforcé de limiter au strict nécessaire, aux indications les plus concases, les méthodes de recherche, choisissant, parmi les procédés proposés, ceux auxquels il est resté fidèle et qui lui semblent les plus aptes à établir le diagnostic des affections oculaires, à baser le pronostic et à prescrire un traitement.

Ce précis est illustré d'une façon tout à fait remarquable et rare jusqu'à ce jour dans les précis de ce genre : 339 figures, la plupart originales, et 3 planches hors texte en couleurs, facilitent la compréhension du texte et seront d'un grand secours aux étudiants et aux praticiens qui seront soucieux de connaître tout ce qu'un médecin doit savoir en ophtalmologie.

Traité des torticolis spasmodiques, par R. Cruchet, ex-chef de clinique de l'Université de Bordeaux. 1 vol. grand in-8° de xv-836 pages, avec préface de M. le Pr A. Pitres, et 120 figures dans le texte. (Masson et Cie, éditeurs). 15 francs.

La questions des tics et des spasmes a pris, dans ces dernières années, une importance de première ordre. Aussi ce livre arrive-t-il bien à son heure. Après un chapitre sur l'histoire générale des torticolis spasmodiques, l'auteur étudie successivement les torticolis *névralgiques*, les torticolis *professionnels*, les torticolis *paralytiques*, les torticolis *spasmodiques*, les torticolis *rythmiques* ou *rythmies du cou*, les *tics* du cou, les *torticolis d'habitude* et le *torticolis mental*.

Comme l'indique le Pr Pitrès dans sa magistrale préface, ce livre « est appelé à rendre un double service D'une part, en reproduisant *in extenso* la presque totalité des observations françaises et étrangères relatives à la question du torticolis spasmodique, il épargnera aux savants, qui désireraient consulter les documents dans leur texte intégral, de longues et fastidieuses recherches bibliographiques. D'autre part, il orientera les esprits dans une direction différente de celle dans laquelle les avait entraînés, jusqu'à présent, la conception ancienne de la spécificité nosographique du torticolis spasmodique.

Ce livre, imprimé avec soin, orné de nombreuses figures, constitue sur les torticolis névropathiques un ouvrage précieux et complet, qui sera lu avec intérêt et profit, non seulement par les neurologistes, mais par tous ceux, médecins comme chirurgiens, qui se trouvent journellement aux prises avec les tics et les spasmes du cou, et leurs nombreuses variétés étiologiques.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant :* R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

La réforme des études medicales. — Il a été institué au ministère de l'Instruction publique une commission chargée de rechercher quelles modifications il y a lieu d'apporter dans l'organisation des études médicales.

Cette commission est composée ainsi qu'il suit :

MM. Louis Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris, membre de l'Institut, président ; Lannelongue, sénateur, membre de l'Académie des sciences, vice-président ; Dubuisson, député, vice-président ; Bayet, directeur de l'enseignement supérieur, secrétaire général ; Ahelous professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique ; Arloing, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l Université de Lyon ; D'Arsonval, professeur au Collège de France, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine ; Barth, médecin des hôpitaux, secrétaire général de l'Association des médecins de la Seine ; Bazy, chirurgien des hôpitaux ; Bergonié, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux ; Bouchard, membre de la commission de médecine du Comité consultatif de l'enseignement public, membre de l'Académie des sciences, membre de l'Academie de médecine ; Brocq, médecin des hôpitaux ; Calmette, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, directeur de l'Institut Pasteur à Lille ; Cazeneuve, député ; Chapuis, député ; Charpy, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse ; Charrin, professeur au Collège de France ; Chautard, président du Conseil municipal de Paris ; Cornil, membre de la commission de médecine du Comité consultatif de l'enseignement public, membre de l'Académie de médecine ; Dastre, professeur à la Faculté des sciences de l'Université de Paris membre de l'Académie des sciences ; Debove, membre de la commission de médecine du Comité consultatif de l'enseignement public, membre de l'Académie de médecine ; Delaunay, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers ; Delbet, chirurgien des hôpitaux ; Delorme, directeur de l'Ecole d'application du service de santé militaire du Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine ; Descoust, président de l'Association médicale mutuelle du département de la Seine ; Dieulafoi, membre du conseil de l'Université de Paris, membre de l'Académie de médecine ; Dignat, membre du Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine, membre du comité permanent de médecine professionnelle et de déontologie médicale ; Dubar, professeur à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille ; Ducor, président de la Société de médecine et de chirurgie pratiques de la Seine, secrétaire général du Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine ; Dutard, président du Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine ; Faisans, médecin des hôpitaux ; Foveau de Courmellles, membre de la Société médicale des praticiens ; Gairal, président de l'Union des syndicats médicaux de France ; Gassot, président de l'Association du concours médical ; Gley, agrégé des Facultés de médecine, chef des travaux de physiologie à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, membre de l'Académie de médecine ; Glover, secrétaire général du Comité permanent de médecine professionnelle et de déontologie médicale ; Grasset, professeur à la Faculté de l'université de Montpellier ; Guignard, membre de la commission de médecine du Comité consultatif de l'enseignement public, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine ; Jeanne, membre du conseil d'administration de l'Union des syndicats médicaux ; Jungfleisch, membre de la commission de médecine du comité consultatif de l'enseignement public, membre de l'Académie de médecine ; Labbé, sénateur, membre de l'Académie de médecine ; Lachaud, député ; Landouzy, membre du conseil de l'université de Paris, membre de l'Académie de médecine ; Le Gendre, médecin des hôpitaux ; Le Noir, médecin des hôpitaux ; Lepage, secrétaire général de l'Association générale des médecins de France ;

Lereboullet, membre de l'Académie de médecine, président de l'Association générale des médecins de France ; Lucas-Championnière, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine ; Magnan, membre de l'Académie de médecine ; Malherbe, directeur de l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes ; Mesureur, directeur général de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris ; Millon, secrétaire général adjoint de l'Union des Syndicats médicaux de France ; Mirman, directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques au ministère de l'Intérieur ; Navarre, président de la 5e commission du Conseil municipal de Paris ; Passarat, membre de la Fédération des médecins du Sud-Est ; Pédebidou, sénateur ; Peyrot, sénateur, membre de l'Académie de médecine ; Pinard, membre de la commission de médecine du comité consultatif de l'enseignement public, membre de l'Académie de médecine ; Prenant, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy ; Quénu, président de la Société de chirurgie ; Reclus, membre de la commission de médecine du comité consultatif de l'enseignement public, membre de l'Académie de médecine ; Rénon, agrégé près de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, médecin des hôpitaux ; Reymond, sénateur ; Richard-Lesay, ancien président de la Fédération des médecins du Nord et du Pas-de-Calais ; Rotillon, ancien président du Syndicat des médecins de la Seine, membre du conseil de surveillance de l'assistance publique ; Roux, directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine ; Paul Strauss, sénateur ; Teissier, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, médecin des hôpitaux ; Vaillard, directeur de l'école de santé militaire de Lyon, membre de l'Académie de médecine ; Vaquez, président de la Société de l'Internat ; Viger, sénateur ; Widal, médecin des hôpitaux.

Sont nommés secrétaires :

MM. Générès, chef du 1er bureau de la direction de l'enseignement supérieur ; Verwaest, chef du 3e bureau de la direction de l'enseignement supérieur ; M. Déborde, sous-chef du 1er bureau de la direction de l'enseignement supérieur, est nommé secrétaire adjoint.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

DICTIONNAIRE DE MEDECINE

PAR LES

Drs E. BOUCHUT & A. DESPRÉS

Septième édition mise au courant des derniers Progrès de la Science

Par les Drs G. Marion et F. Bouchut.

Magnifique vol. de 1590 pages in-8 sur deux colonnes, avec 1097 gravures dans le texte : *Indispensable aux Familles*

Prix : BROCHÉ, **25** FR. ; — RELIÉ, **30** FR.

Le Dictionnaire de Médecine et de Thérapeutique médicale et chirurgicale des Docteurs Bouchut et Després se trouve depuis nombre d'années entre les mains de tous les Médecins et Chirurgiens et de tous ceux qui on à s'occuper des malades, dans les pharmacies, hôpitaux, infirmeries et maisons de santé.

La septième édition de ce Dictionnaire, l'un des plus pratiques et des plns utiles, vient d'être publiée par les soins de MM. les Docteurs Marion professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, et Fernand Bouchut.

Tout en respectant la devise des auteurs (*Multa paucis*) les nouveaux collaborateurs ont introduit dans cette édition de nombreuses et intéressantes modifications. La bactériologie, l'électrothérapie, l'hygiène l'opothérapie, la sérothérapie, dans leurs applications, y ont pris une place importante. En chirurgie, l'instrumentation la plus moderne, les appareils de fractures et de prothèse, les indications et la description des opérations chirurgicales, accompagnées de figures nouvelles et originales, ont reçu les développements que comportent les idées et les progrès les plus nouveaux.

On y retrouvera, mises au courant des découvertes de la science, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements l'oculistique, l'odontotechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, et *un formulaire special pour chaque maladie*. 1097 gravures ornent ce superbe ouvrage de 1590 pages gr. in-8° imprimé sur deux colonnes.

TRAVAUX ORIGINAUX

La décortication du poumon.

A propos d'une observation de M. le Dr Picqué, chirurgien des hôpitaux, intitulée :

Observation de décortication du poumon par la méthode de Delorme,

par M. le Dr Delorme (1)
Médecin-chef du Val-de-Grâce.

Le 24 janvier 1894, il y a treize ans, et seulement quelques semaines pour moi, tant cette opération marque dans mes souvenirs de chirurgien, j'ai communiqué à l'Académie l'histoire du premier malade atteint de pleurésie purulente chronique qui subit l'opération de la décortication du poumon.

Permettez moi de vous en rappeler les différents temps :

Sur la paroi antéro-latérale du thorax, de la 3e côte inclusivement à la 6e côte inclusivement, je délimite un volet thoracique à base postéro-supérieure ;

L'ouverture du volet découvre largement la cavité thoracique ;

Après un nettoyage complet de la cavité pleurale et de la surface du poumon, j'incise avec précaution la coque épaisse qui emprisonne ce poumon, en ayant bien soin de ne pas dépasser la surface de son parenchyme.

Avec des instruments mousses, puis avec le ou les doigts, je dégage la coque, je la libère, et je l'excise le plus loin et le plus complètement qu'il est possible. Le poumon qui commençait à faire hernie à travers les lèvres de la plaie de la membrane, dès l'incision de cette dernière, dans une forte expiration, dans un effort, vient brusquement, s'il est dilatable, au contact de la paroi thoracique ; il en dépasse même le niveau.

Tels sont, en résumé, les temps de cette décortication pulmonaire que j'ai opposée à l'opération de Letiévant-Estlander ou à ses dérivées dans lesquelles, considérant le poumon rétracté sur son hile comme perdu en partie ou en totalité, on assouplit la paroi par une résection costale étendue, et on refoule cette paro contre le poumon.

C'est cette opération hardie et bienfaisante, la décortication pulmonaire, qu'a pratiquée M. le Dr L. Picqué. Son observation est trop importante pour que je ne la transcrive pas ici *in extenso*. Elle vous permettra de savoir dans quelles précaires conditions il l'a faite.

(1) Rapport présenté à l'Académie de médecine.

Observation de M. le Dr L. Picqué. — Un homme de vingt et un ans (le nommé C...,) frappeur sur métaux, reçoit le 22 juillet 1905, dans la région interscapulaire droite, au niveau du 4e espace intercostal, un coup de couteau violemment porté.

A son arrivée à l'hôpital Bichat, on constate les signes d'un hémothorax abondant. La matité remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate. L'interne en médecine, qui le voit, ordonne des inhalations d'oxygène, un repos absolu, et pratique l'occlusion de la plaie.

Le lendemain, l'état du blessé s'est notablement aggravé; il n'a pas d'hémoptysies, mais sa température est de 38 degrés; son pouls est à 108; il a une dyspnée intense; l'hémothorax est considérable et la plèvre est vraisemblablement infectée.

Empyème. — Sans chloroforme, une incision en croix agrandit le trajet et donne issue à, au moins, 1 litre de liquide hématique mêlé de caillots.

Première résection costale. — Après un mieux passager, la température remonte, la plaie se draine mal, la dyspnée s'accuse, l'état général est peu satisfaisant; aussi, le 27 juillet (6e jour), on résèque largement la 9e côte.

Deuxième résection costale. — Jusqu'au 6 août (14e jour), on ne constate aucune amélioration. La température atteint en général 39°2, 39°4 le soir, sans descendre, le plus souvent au-dessous de 38 degrés le matin; on s'attache surtout au drainage; M. Picqué résèque une portion de la 8e côte.

Cette intervention ne donne aucun résultat. La température s'abaisse pendant quelques jours, tout en restant supérieure à 38 degrés; elle subit bientôt d'énormes oscillations. De 37°2, 37°4 le matin, elle monte le soir à 39°6, 39°8, voire à 40 degrés.

Troisième résection costale; opération de Letiévant-Estlander. — Le 19 août (27e jour), M. L. Picqué, dans le but d'obtenir, par un affaissement de la paroi thoracique, l'oblitération ou tout au moins la diminution de la cavité suppurante, résèque 4 à 5 centimètres des 9e et 8e côtes, et quelques centimètres des 7e, 6e et 5e côtes.

Une amélioration succède à cette intervention, mais elle n'est que passagère. Bientôt l'état général s'aggrave à nouveau; le pouls est constamment aux environs de 120; la température dépasse 39 degrés le soir; la dyspnée reste symptôme dominant; à chaque pansement, le malade tombe en syncope ou présente des phénomènes asphyxiques.

Décortication pulmonaire. — Malgré des conditions générales aussi fâcheuses, M. L. Picqué, devant l'insuccès de ses premières interventions, a recours à la décortication pulmonaire.

Sur une paroi déjà plusieurs fois incisée, dépourvue en partie de ses côtes, sur laquelle des extrémités osseuses étaient atteintes d'ostéite ou d'hyperostose, il

complète ses excisions osseuses et trace un large volet atypique musculaire, à base postérieure.

Il constate, après l'avoir ouvert, que la plèvre pariétale est très épaissie, que la plèvre viscérale est elle-même très épaisse, et qu'elle immobilise un poumon revenu sur lui-même. Il se décide alors à pratiquer la décortication.

Une longue incision, nous dit-il, est tracée sur la plèvre viscérale qui a certainement plus de 12 à 15 millimètres d'épaisseur.

Dès qu'il a pratiqué cette incision, le poumon tend à faire hernie.

Il décolle aisément la membrane en s'aidant d'un instrument mousse, de la spatule, puis du doigt, et la résèque aux limites du décollement. Il peut en exciser une grande étendue.

En un point, la membrane était adhérente au parenchyme; M. L. Picqué croit pouvoir l'abraser avec la partie toute superficielle sous-jacente du poumon. Il ne se produit pas de suintement sanguin important.

Immédiatement après le dégagement de la coque, le poumon se mobilise franchement et, pendant l'expiration, il vient faire hernie entre les lèvres de la plaie pleurale et atteint le niveau de la paroi thoracique.

Le résultat immédiat est donc acquis; il est aussi satisfaisant que possible. La coque encapsulante s'est bien séparée, et le poumon reprend son volume pendant l'expiration.

Ces manœuvres de décortication pulmonaire, nous dit M. L. Picqué, avaient été conduites avec un soin extrême, mais cependant très rapidement.

Au cours de l'opération, l'état général était précaire, et c'est presque sans chloroforme qu'on la termina.

La plaie fut laissée largement ouverte et drainée à la gaze stérilisée.

Dans les premiers jours qui suivirent l'opération, la température s'éleva un peu pour tomber définitivement à la normale.

Pendant deux mois, jusqu'à sa guérison, M. Quersant, externe du service, assura, deux fois par jour, le pansement de ce malade, lequel pansement comprenait des lavages à l'eau oxygénée faible.

L'état général s'améliora très rapidement, l'opéré s'alimenta, repris du poids; sa dyspnée disparu complètement et, trois semaines après l'intervention, on commença la gymnastique respiratoire.

Résultat fonctionnel. — Dans les premiers jours de mars 1906 (7 mois après l'opération), ce malade fut examiné par M. le Dr Barié, médecin de l'hôpital Laënnec, qui trouva:

« Une légère diminution de la sonorité à la base droite; une absence du murmure vésiculaire dans l'extrémité tout inférieure du poumon droit, mais on entendait très nettement la respiration jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate.

« En avant, la respiration est entendue d'une façon très nette également. La sonorité est un peu exagérée sous la clavicule. M. le Dr Barié estime que les *trois*

quarts environ du poumon droit respirent, et il trouve qu'il y a tout intérêt à poursuivre la gymnastique respiratoire. »

Ce malade nous a été présenté par M. L. Picqué. Nos collègues, MM. Perier, Guéniot, P. Berger, entre autres, l'ont examiné et ont constaté l'excellence du résultat obtenu. L'état général du blessé est enviable, et la capacité thoracique n'est qu'un peu amoindrie du côté opéré.

Mais un exemple curieux ne démontre-t-il pas les services que peut rendre un poumon libéré, fût-il, comme celui-ci, un peu amoindri dans son étendue et son fonctionnement? Un malade qui avait subi une décortication pulmonaire est atteint d'une pneumonie du poumon sain. C'est au fonctionnement du poumon opéré qu'il doit sa guérison.

Remarques et Développements. — M. L. Picqué, pour le premier temps de l'opération, la découverte du poumon, n'a pas suivi le mode opératoire typique qui comporte l'ouverture d'un large volet thoracique antéro-latéral; il l'a fait plutôt latéral-postérieur et il l'a reporté plutôt en bas du thorax que vers sa partie moyenne. Il avait affaire à un blessé chez lequel un coup de couteau, porté dans la région dorsale, avait incité à la pratique d'un empyème et de résections costales, puis d'un Estlander vers la partie postérieure du thorax. La voie postéro-latérale semblait là tout indiquée.

J'ai eu moi-même et d'autres aussi ont eu recours à la pratique à laquelle s'est arrêté M. Picqué et il n'est pas douteux, étant donné les avantages qu'on attribue à l'empyème dorsal sur l'empyème antéro-latéral, qu'on soit porté à suivre ces exemples.

Pour ma part, je préfère de beaucoup découvrir le poumon par la voie latérale que par la voie dorsale.

En arrière, le thorax est recouvert par un muscle épais, vasculaire, le long dorsal; l'omoplate force à porter le volet ou l'incision de découverte vers la moitié inférieure du thorax, plutôt que vers le milieu de sa hauteur, et cette ouverture, qui doit donner un jour et un accès égaux dans toute la poitrine, donne surtout accès et jour sur la partie postérieure du poumon.

Au contraire, lorsqu'on trace un volet sur les parties antéro-latérales du thorax, on le place à mi-chemin dans le sens de la hauteur, presque à mi-chemin dans le sens transversal, et pour le dégagement comme pour l'excision de la membrane, on n'éprouve pas de gêne. Enfin, en avant, aux limites pleuro-péricardiques antérieures qu'on découvre plus aisément, on ne risque pas d'ouvrir le péricarde pendant l'excision de la membrane.

Qu'importe que le thorax porte déjà la trace d'une incision, on la maintient pour le drainage, et, après curettage des bourgeons charnus, elle se ferme bientôt d'elle-même.

M. le Dr Picqué a suivi une marche très progressive dans l'exécution de ses divers actes opératoires. Sa conduite a été celle d'un chirurgien méthodique, pru-

dent, consciencieux. Avec les données dont il disposait on ne pouvait faire mieux.

Chez son malade, il eut d'abord recours à une simple incision d'empyème. Cette incision ne lui paraissant pas assurer suffisamment l'issue des liquides pleuraux, il résèque un segment de la 9e côte ; peu après, dans le même but, il pratique une résection partielle de la 8e côte ; puis il a recours à l'opération de Letiévant-Estlander, sacrifiant de nouvelles étendues des 9e et 8e côtes et des parties des 7e, 6e et 5e côtes. Ce n'est qu'après avoir bien éprouvé, chez son malade, l'insuffisance de cette dernière intervention, de l'assouplissement pariétal recherché par des excisions costales multiples et étendues, qu'il s'adressa à la *décortication pulmonaire.*

Il avait affaire à un *poumon extensible*, recouvert d'une *membrane décollable*; il assura par cette dernière opération la guérison de son blessé. Dans ce cas, la décortication pulmonaire s'est montrée l'*opération de choix*, puisqu'elle a réussi là où d'autres avaient échoué.

Est-ce à dire qu'il faille toujours suivre cette voie qui, pour procéder du simple au composé, expose un blessé anémié par de longues et épuisantes suppurations, parfois cachectique, à toute une gamme douloureuse d'attentes et des récidives opératoires ? Je ne le pense pas et, m'appuyant sur des considérations et des faits, j'estime qu'on peut faire souvent brûler au blessé l'une de ses pénibles étapes, celle représentée par l'opération de Letiévant-Estlander.

L'expérience a montré, en effet, que les conditions de réussite de cette dernière opération, dans les pleurésies chroniques, ne se trouvaient réunies que dans les cas de cavités peu profondes et non étendues à la totalité de la hauteur de la plèvre. Quand la cavité suppurante s'étend donc du haut en bas de la plèvre, quand surtout une distance de six à huit centimètres sépare, dans un plan transversal, la paroi thoracique de la surface du poumon, il y a lieu de recourir à la décortication pulmonaire. Que si, contre toute attente, le poumon est inextensible et la paroi non décollable, il faut faire machine en arrière, non pour assouplir la paroi par un Estlander, mais pour effondrer cette paroi par l'opération de Schede.

Comment reconnaître avec précision cette distance thoraco-pulmonaire de six à huit centimètres ? Le cathétérisme par la sonde métallique était, il y a peu de temps encore, notre meilleur, presque notre seul moyen d'investigation. Or, il faut bien reconnaître qu'il ne donnait pas toujours des renseignements bien précis lorsque la plaie opératoire de l'empyème était basse ou étroite.

Nous avons aujourd'hui un meilleur guide dans l'épreuve radiographique, qu'il s'agisse d'une photographie de grandeur naturelle ou d'une photographie réduite dans une proportion connue, d'un quart, d'un tiers par exemple. Grâce à elle nous pouvons reporter notre mensuration sur un plan, ce qui lui assure la plus grande exactitude.

Mais, il y a plus : l'épreuve des rayons X précise encore — comme je l'ai constaté — deux particularités fort utiles pour le chirurgien :

1° *La dilatabilité du poumon*;

2° *L'épaisseur, la résistance de la membrane encapsulante.*

1° Un œil quelque peu exercé voit, à l'examen radioscopique, le poumon rétracté se dilater peu ou prou pendant l'expiration et surtout pendant les efforts que le malade fait, la bouche étant close et le nez comprimé par les doigts.

Constater cette dilatabilité, mais limitée à une faible étendue; relever ce témoignage des efforts que le poumon fait pour sortir de sa coque emprisonnante, n'est-ce pas pour le chirurgien une invite à pratiquer la décortication ? C'est une indication de cette opération. Au contraire, une dilatabilité grande engagerait encore à soumettre, jusqu'à nouvel ordre, le malade à un traitement non opératoire.

2° Voir, au même examen radioscopique et plus aisément sur l'épreuve radiographique, à la limite extérieure du poumon encapsulé, cette longue traînée limitante, si nette, épaisse d'un demi-centimètre, d'un centimètre et plus qui représente l'épaisseur de la membrane *vue de champ* et non un grand tractus linéaire jeté à la façon d'un pont, de haut en bas de la cavité pleurale, comme on pourrait le penser au premier abord, n'est-ce pas encore un indice que l'opération de décortication est nécessaire? On sait, en effet, qu'elle n'est pas susceptible de disparaître spontanément, cette membrane, et alors même que, pendant l'expiration prolongée ou l'effort, elle aurait quelque tendance à se laisser distendre, on ne peut guère s'attendre à ce que, bridé par elle, le poumon se rapprochât notablement de la paroi et que la distance thoraco-pulmonaire diminuât sensiblement.

Nous aurions bien besoin d'être renseignés sur la *décollabilité de la membrane encapsulante*. Ce serait là, en effet, une notion capitale à connaître pour le chirurgien, avant l'opération, car à quoi sert d'ouvrir largement la poitrine si le dernier temps de l'opération ne peut être exécuté ? La radioscopie, la radiographie nous réservent-elles sur ce point d'intéressantes et utiles surprises ? Est-il déjà légitime de supposer, jusqu'à preuve du contraire, qu'une membrane qui trancherait par un *bord net* sur le parenchyme pulmonaire aurait contracté avec celui-ci moins d'adhésion qu'une membrane dont le *bord flou* se continuerait insensiblement avec le parenchyme ?

En attendant de ce mode d'investigation, auquel nous sommes déjà redevable de notions si utiles, de nouveaux éclaircissements qu'il ne saurait d'ailleurs nous fournir seul, puisque leur valeur aura besoin d'être confirmée soit par des autopsies, soit par des opérations, en attendant ces éclaircissements, la clinique nous vient en aide dans une certaine mesure, et voici comment :

1° Elle nous apprend que les processus pleuro-pulmonaires donnent des membranes plus adhérentes que les processus pleuraux proprement dits.

Sans aller plus loin, le blessé de M. Picqué nous en fournit la démonstration. Chez lui, l'infection était restée limitée à la plèvre ; rien dans l'histoire clinique du malade n'a traduit la souffrance, l'infection du poumon. La membrane était aisément décollable.

D'autres observations viendraient confirmer la démonstration que, sur ce point,

nous fournit le cas de M. Picqué, à savoir que les pleurésies consécutives à des traumatismes réservent plus de succès à la décortication pulmonaire que les pleurésies symptomatiques d'une infection pleuro-pulmonaire;

2° J'avais espéré, au début de mes observations et pendant quelques années, que la décortication pulmonaire serait tout particulièrement utile aux malades atteints de *pleurésie purulente tuberculeuse*. Je crois encore qu'elle peut leur être utile, mais moins fermement qu'autrefois, en raison de l'adhérence assez fréquente de la membrane encapsulante au parenchyme;

3° C'est à la suite des pleurésies streptococciques et staphylococciques que les succès paraissent le plus certains, si l'on en juge par les observations publiées, d'où l'intérêt qu'il y a à étudier, au point de vue bactériologique, la nature de l'affection avant l'opération.

Avant de parler des indications que fournit une variété de pleurésie purulente, le *pyo-pneumothorax*, je crois devoir résumer ce qui précède :

Dans les pleurésies chroniques suppurées, il est indiqué de pratiquer la décortication pulmonaire, en temps voulu, après l'empyème, si celui-ci s'est montré insuffisant et si la cavité est trop profonde pour guérir par l'opération de Letiévant-Estlander.

Aujourd'hui l'examen radioscopique et l'épreuve radiographique renseignent le chirurgien sur l'étendue de la cavité pleurale, sur la distance qui sépare le poumon de la paroi, c'est-à-dire sur des indications ou des contre-indications autrefois obscures. Ils nous éclairent même sur la dilatation du poumon, sur l'épaisseur, la résistance de la membrane. Peut-être nous fourniront-ils des renseignements sur les facilités ou les difficultés qu'on peut éprouver au décollement de la coque, données bien précieuses qui déterminent les conditions favorables ou défavorables de l'intervention.

Je dirai tout à l'heure comment ces examens peuvent contribuer à nous fixer encore sur le *moment* de l'opération, question très importante, discutée pour la décortication pulmonaire comme pour l'opération d'Estlander et non précisée jusqu'ici.

Je reviens au *pyo-pneumothorax* pour en finir avec ce que j'ai à dire des indications de la décortication pulmonaire envisagée par rapport aux formes diverses des pleurésies purulentes.

C'est une question bien délicate que celle des indications de la décortication pulmonaire dans les pyo-pneumothorax avec membrane encapsulante, épaisse et non dilatable.

Dans une série de notes sur la chirurgie pleuro-pulmonaire que j'ai adressées à l'Académie pour le prix Laborie en 1893 et que vous avez récompensées, je m'étais déclaré partisan, après Surmay, de Ham, de la recherche et de l'oblitération de l'orifice de la fistule pleuro-pulmonaire, après avivement. Il me semblait qu'en se basant sur les données relativement précises que maints auteurs, surtout les classiques, donnent sur le siège habituel des fistules, et qu'en ouvrant large-

ment le thorax, la recherche de ces dernières serait possible, vraisemblablement même facile.

Je fus trompé dans mes prévisions par un malade de l'hôpital Bégin, que M. le médecin principal Bergounioux envoya dans mon service, et que j'opérai avec son aide et celui du médecin principal Bourdon. C'était un pleurétique à épanchement streptococcique, traité sans succès par le sérum de Marmoreck et devenu cachectique. Son poumon, très réduit de volume, était encapsulé.

Le volet thoracique mit le poumon *sous nos yeux*; il soufflait; cependant à l'inspection, après assèchement et en mettant le temps nécessaire à notre exploration, nous ne pûmes découvrir le pertuis de la fistulette.

Je fis tomber dans la cavité pleurale petit à petit de l'eau bouillie, — je dis petit à petit, car je n'avais pas perdu le souvenir d'un malade atteint de pyo-pneumothorax chez lequel une injection d'eau un peu massive dans la plèvre amena des quintes de toux violentes, des accès de suffocation et dans la journée une épouvantable hémorragie — de cette eau s'échappaient des bulles d'air; je crus un instant en avoir, avec le doigt, arrêté l'issue; j'asséchai la plèvre. Je ne trouvai pas la fistule. Or, en la circonstance, le chirurgien qui a de son malade le souci qu'il mérite éprouve un réel embarras et bien des regrets. A quoi servent, en effet, ce gros traumatisme, cette large brèche thoracique, à quoi servirait la décortication s'il la tenait, puisque la fistule reste, versant de l'air dans la cavité pleurale et qu'en tension pendant l'expiration, celui-ci s'oppose à la dilatation pulmonaire, partant à la guérison du malade?

J'avais bien prévu pour mon opéré une autre difficulté, un autre aléa, mais j'espérais l'éviter par ma technique opératoire. Malgré son avivement, on peut craindre que le canal fistuleux, souillé de pus, ne s'obture pas, que les sutures ne tiennent pas. J'avais pensé alors fixer à la paroi la portion fistuleuse du poumon après oblitération de la fistule, l'extérioriser du foyer suppurant. Je n'eus pas à mettre ce temps en pratique.

C'est cette difficulté de la recherche de la fistule que j'exagère peut-être, trop frappé par mon insuccès, qui m'a engagé dernièrement à ne point conseiller la décortication pulmonaire chez un malade pour lequel notre collègue, M. le Pr Berger, me demandait mon avis à la Société de chirurgie. La pleurésie était ancienne, l'état général bon; d'autres interventions s'étaient montrées insuffisantes; l affaissement spontané des côtes avait fourni tout ce qu'il pouvait donner; la cavité suppurante occupait toute la hauteur de la plèvre, et sa profondeur, dans un plan transversal, dépassait les limites compatibles avec la réussite d'un Estlander; enfin la membrane était très épaisse, uniformément épaisse, bien visible sur l'épreuve radiographique. La décortication — fistule mise à part — paraissait donc tout indiquée. Encore une fois, je ne la conseillai pas.

Et cependant si ce malade, auquel j'ai pensé depuis, ne subit pas une décortication, il est exposé à une suppuration indéfinie, à ses conséquences bien connues; si l'on abandonne pour lui l'idée d'une décortication, il semble bien qu'il ne reste plus que la ressource d'un effondrement pariétal, d'un Schede, c'est-à-dire cette

opération désespérante, mais parfois nécessaire, qui annihile à tout jamais et parois et poumon.

Cette triste perspective est-elle de nature à me faire revenir à la décortication au risque d'aboutir à la dernière solution, au Schede, s'il est démontré que celle-ci est pratiquement impossible? Sans perdre mes dernières hésitations, je pense aujourd'hui, jusqu'à plus ample informé, que tenter une décortication après oblitération de la fistule et accollement à la paroi de la portion pulmonaire suturée serait plus sage, mais, à relever ces oscillations dans l'esprit d'un chirurgien qui a bien réflechi à ces cas, on tirera sans doute la conclusion, d'une part, que le problème est ardu, que sa solution est liée à des épreuves, à des discussions qui nous manquent et, d'autre part et surtout, qu'il y aurait lieu de prévenir, autant qu'on le devrait, de si tristes éventualités.

Nul plus que moi n'est partisan de la décortication pulmonaire, nul n'est plus convaincu de ce fait qu'elle représente une bonne, une utile acquisition de la chirurgie, et il ne faudrait pas beaucoup de cas comme celui de M. Picqué pour en répandre l'idée, mais j'ai la conviction que la *fréquence relative de ses indications s'atténuerait* singulièrement *si le traitement consécutif des pleurétiques était mieux précisé, mieux conduit, mieux surveilllé qu'il ne l'est communément.*

Je vais m'expliquer, peut-être un peu longuement, mais ceux qui voudront bien suivre ma description vécue ne perdront pas tout à fait leur peine, car je vais reconstituer les étapes d'un traitement qui a assuré la guérison simultanée et rapide d'un nombre élevé de malades.

En 1896-1897, dans mon service du Val-de-Grâce, j'eus à pratiquer en quelques mois un grand nombre de pleurotomies pour des pleurésies suppurées, environ vingt-cinq. Ces grands et nombreux suppurants durent être isolés dans des baraques.

Chez tous j'avais, suivant mon habitude, pratiqué l'empyème avec résection de la sixième côte, sur la région latérale. Par cette brèche, utile pour un bon drainage, je fis, chaque fois avec soin, l'exploration directe de la cavité suppurante. Presque tous ces malades avaient des pleurésies totales avec des rétractions considérables du poumon ; chez beaucoup le poumon était recouvert d'une fausse membrane épaisse. Je pensais d'ores et déjà qu'un certain nombre d'entre eux ne pourrait guérir qu'au prix d'une décortication. La plupart de ces opérés quitta le service au bout de deux à trois mois, quelques-uns au bout de plus longtemps, après cinq, six mois. Pour trois ou quatre seulement, je discutai l'opportunité d'une décortication pulmonaire; deux étaient tuberculeux.

Si j'en juge par ce que j'avais vu jusque-là des processus de guérison des pleurétiques à pleurésie totale suppurée, je suis convaincu que ces résultats sont dus en grande partie au traitement consécutif suivi.

Avant que j'aie songé à la décortication pulmonaire, je traitais mes opérés d'empyème comme on le fait communément; ces grands suppurants, affaiblis, sont laissés au lit; au bout de quelques semaines, ils se lèvent, se traînent dans les salles; plus tard, ils flânent ou restent assis sur les bancs des jardins. On peut dire

qu'après les avoir pansés on les abandonne à eux-mêmes. Lorsque je fus convaincu du rôle joué par la dilatation pulmonaire dans l'oblitération de la cavité suppurante, je considérai comme une *nécessité* de développer le plus et le plus tôt possible cette expansion pulmonaire. Quand on réfléchit quelque peu à l'état de ces pleurétiques empyémés, on en arrive à cette conclusion que leur cavité ne peut se modifier si on les abandonne à eux-mêmes qu'autant que le poumon n'est pas recouvert d'une véritable membrane.

Lorsque celle-ci existe et que, pour reprendre sa place contre la paroi, le poumon a à triompher de son élasticité, à rompre un équilibre de pression intra et extra-pulmonaire sans le secours de sa paroi, enfin à distendre sa coque si résistante, on ne peut concevoir qu'il reprenne cette place sans le faire de *haute lutte*, sans être soumis aux *larges expirations* et aux *efforts* qu'impose une *gymnastique d'entrainement*.

La gymnastique respiratoire devint donc un adjuvant capital de mon traitement. Elle remplaça pour ces opérés l'abandon du malade à lui-même. Malades, chirurgien, État y trouvèrent leur compte.

Quelques jours à peine (deux, trois) après l'opération, le malade, qui, parce que fébricitant, était le plus souvent soumis à une sorte de diète alimentaire, est alimenté malgré ses répugnances; il est soutenu par des excitants; il est lavé sur tout le corps à l'eau tiède, puis froide, frictionné et *levé*.

C'est soutenu par le chirurgien qu'il fait ses premiers pas. Celui-ci lui donne confiance, lui parle, le distrait pour éviter la syncope; il s'arrête à temps s'il la redoute. Tout cela est bien de notre ressort et ne saurait être, sans inconvénient, abandonné à des auxiliaires.

Dans la journée, à plusieurs reprises, le nez et la bouche étant fermés, il fait dans son lit des exercices de gymnastique respiratoire et des expirations prolongées et il continuera ainsi pendant toute la durée du traitement.

Au bout de quelques jours, le parcours est déjà plus grand, le malade fait le tour de la salle. Si à la fin de ce parcours il est anhélant, si ses expirations sont prolongées et plus fortes, elles n'en contribuent que mieux à assurer le résultat recherché.

Au bout d'une ou deux semaines, au pas ordinaire, succède le *pas accéléré*, puis la *course*, dont les premiers élans comportent une appréhension que le médecin fait disparaître par ses paroles ou mieux en soutenant le malade.

Bientôt on constate ce fait intéressant, à savoir que l'étendue du trajet parcouru et la diminution de l'anhélation, c'est-à-dire deux signes apparents, donnent la mesure de la dilatation pulmonaire. L'exploration par la sonde me permettait alors de vérifier le fait; aujourd'hui, les examens radioscopiques et radiographiques en donneraient sans doute une preuve plus évidente qui serait à rechercher.

Dès les trois premières semaines, sur mon groupe important de malades, les uns atteignaient rapidement 100, 150 mètres; les autres s'égrenaient, s'asseyaient

après 5, 10, 20, 30 mètres. Les premiers annonçaient un pronostic favorable; les autres me forçaient à réserver ce pronostic.

Quelques-uns, dont le poumon au début reprenait difficilement son fonctionnement, nous étonnaient au bout d'un à trois mois par des progrès rapides. En général, dès les trois ou quatre premiers mois, on était fixé sur le résultat que fourniraient ces exercices de gymnastique respiratoire.

Chez quatre malades, chez lesquels la guérison ne put être obtenue après une épreuve prolongée de la gymnastique respiratoire, la décortication pulmonaire paraissait indiquée; elle leur fut conseillée. Les résultats obtenus chez leurs camarades, l'attrait d'un congé, mon prochain départ les incitèrent à attendre. Un seul accepta ma proposition pour un avenir proche. Il succomba dans l'intervalle à une granulie aiguë.

Il me permit de faire une constatation curieuse que je dois signaler en passant, parce qu'elle vient à l'appui d'une proposition précédente. Chez ce blessé, au cours de l'opération d'empyème, j'avais trouvé une membrane très épaisse, parcheminée, paraissant inextensible. Par la brèche de l'empyème, devant mes élèves, j'avais dégagé et excisé un fragment de la membrane avec la plus grande facilité, ce qui semblait bien présager de l'issue favorable de la décortication, au cas où cette opération serait reconnue nécessaire dans la suite. A l'autopsie, conduite sur le poumon malade comme il s'agissait d'une opération régulière, je ne pus séparer cette membrane; elle adhérait à la surface d'un poumon farci de tubercules.

Lorsqu'on avait à déterminer naguère le moment où une opération complémentaire d'un empyème, — Estlander, Delorme, Schede — devait être tentée, on s'arrêtait vaguement à une *notion arbitraire de temps*. Si au bout de quelques mois la cavité restait grande, certains intervenaient (Berger), d'autres poussaient et poussent l'expectation à l'extrême.

Aujourd'hui nous pouvons être plus précis. Quel est notre critérium de la nécessité de ces opérations complémentaires? L'impossibilité dans laquelle se trouve le poumon de se dilater, de reprendre sa place, de revenir au contact de la paroi?

Nous avons, à l'heure actuelle, des moyens de le constater: indirectement par les résultats des épreuves de la marche, de la course, directement par l'examen avec la sonde et beaucoup mieux par les examens radioscopiques et radiographiques répétés.

Si au bout de trois ou quatre mois je constatais chez un malade bien entraîné par la gymnastique respiratoire que le poumon, sous l'écran radioscopique, est recouvert d'une membrane épaisse, et que, quand ce malade fait une expiration forcée, nez et bouche fermés, ce poumon ne se mobilise pour ainsi dire pas, je n'hésiterais pas à conseiller l'opération de la décortication si les conditions précisées relatives à la cavité l'imposaient, bien entendu.

Mais, pourrait-on dire, quelques mois d'attente, avant d'intervenir, n'est-ce pas trop peu? Je répondrai que ces quelques mois d'entraînement et de gymnastique pulmonaire représentent, dans leur effet, de longs mois et même des années d'abandon.

D'après les faits que j'ai suivis, j'en suis arrivé à considérer le traitement par la gymnastique respiratoire consécutif à l'empyème comme *indispensable*, à tel point que je n'entreprendrais pas une décortication pulmonaire sur un malade qui n'aurait pas subi cet entraînement pendant plusieurs mois.

Je crois devoir résumer sous la forme de quelques propositions les données qui précèdent :

La décortication pulmonaire doit être réservée aux cas de pleurésies purulentes chroniques, dont les cavités étendues à toute la plèvre sont profondes de plus de 6 à 8 centimètres dans le sens transversal.

La radioscopie et la radiographie renseignent sur la profondeur de la cavité, sa forme, la présence de la membrane, son épaisseur, parfois sur la dilatabilité du poumon.

Traitées par la décortication, les pleurésies purulentes liées à une infection pleurale pure (traumatismes, etc.) semblent devoir donner des résultats plus favorables que les pleurésies consécutives à des inflammations pleuro-pulmonaires.

Les pyo-pneumothorax nécessitent une technique spéciale.

En principe, l'ouverture du volet qui donne accès sur le poumon doit être antéro-latérale, placée à mi-hauteur de la poitrine et être large. Dans ces conditions, il permet de découvrir avec facilité les parties antérieure, postérieure, hautes et basses de la poitrine, de ménager le péricarde et le poumon pendant l'excision de la membrane.

La décortication pulmonaire ne doit être tentée que quand, malgré une *gymnastique respiratoire* commencée peu de jours après l'opération de l'empyème, le poumon reste immobile. Ce sont les résultats fournis par ce traitement consécutif et non la durée de la pleurésie (invoquée autrefois) qui doivent déterminer le *moment* où l'opération doit être tentée; c'est la *profondeur* de cette cavité qui en arrête le *choix*.

Aujourd'hui la décortication pulmonaire a fait ses preuves; comme tant d'autres opérations, elle compte ses insuccès, ses insuffisances, mais aussi ses remarquables guérisons. Elle a été pratiquée près de quatre-vingt fois, surtout à l'étranger; en France, plutôt en province qu'à Paris.

Datant d'hier, elle n'avait pu encore permettre de faire le départ de ses indications, de ses contre-indications.

Elle a fait faire, par son temps préliminaire, la formation du volet thoracique, un très grand pas à la thérapeutique chirurgicale de maintes affections de la poitrine : plaies du cœur et du poumon, ouverture des abcès pulmonaires, etc. Elle représente une étape qu'il est bon d'atteindre pour se familiariser avec cette grande chirurgie de la poitrine.

Le trop grand abandon dont sont l'objet les grands suppurants chroniques que sont les pleurétiques et peut-être l'indécision de ses indications expliquent que son emploi n'ait pas été plus généralisé. Des guérisons comme celle qu'a obtenue M. le Dr Picqué sont bien faites pour inviter à y recourir.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Tolérance comparée des divers hydrates de carbone par l'organisme des diabétiques, par M. MARCEL LABBÉ (*Soc. méd. hôp.*, 1er mars 1907). — On sait que chez les diabétiques il faut réduire l'ingestion des hydrates de carbone. D'après M. Marcel Labbé, la qualité des hydrates de carbone serait également importante; les diabétiques, en effet, ne tolèrent pas au même degré les diverses variétés d'hydrates de carbone. M. Marcel Labbé a fait, à ce sujet, de nombreuses expériences, et il a reconnu qu'on peut, d'après la tolérance des malades, ranger les hydrates de carbone dans l'ordre suivant : 1° pommes de terre; 2° farine d'avoine; 3° macaroni; 4° châtaignes; 5° riz; 6° haricots secs; 7° lentilles; 8° pois secs; 9° lait; 10° pain; 11° sucres.

Les diabétiques peuvent, sans présenter de glycosurie, ingérer une quantité plus grande de pommes de terre que de pain. La pomme de terre est donc l'aliment hydrocarboné de choix pour les glycosuriques.

Les pâtes alimentaires, le riz, les légumes secs sont également bons. Le pain doit être proscrit.

La différence de tolérance pour les divers hydrates de carbone tiendrait, suivant M. Marcel Labbé, à une différence dans la constitution chimique et l'évolution intra-organique des divers amidons et des sucres.

PIERRE SÉE.

Action de la lécithine sur l'échange des matières, par M. SLOWTZOFF (*Hofmeisters Beiträge zur chem. Physiol.*, 1906. — Vol. VIII. — fasc. 8-10, p p. 370-388). — L'action de la lécithine sur l'organisme a fait l'objet d'un grand nombre de recherches expérimentales. Les travaux de MM. Selmski, Serono, Zaky et Desgrez, Moricheau-Beauchant, Massaelus, Müller et Cronheim, Livertzeff, ont démontré que la lécithine détermine une rétention azotée et qu'elle diminue l'excrétion, par les urines, de l'anhydride phosphorique et des corps xanthiques.

Slowtzoff, pensant que la rétention de l'azote correspondait à l'enrichissement de l'organisme en albuminoïdes, reprit les travaux dans ce sens. Dans les expériences faites sur lui-même et ses domestiques, il réglait l'alimentation de manière à ce que fussent constants les chiffres de l'azote et de l'anhydride carbonique ingérés, et que fût toujours égal l'apport, en calories, des graisses et des hydrates de carbones. L'auteur calcula d'après les tables de Rübner, la quantité de calories fournies par la nourriture, et analysa chaque jour les urines e. les matières fécales. Ces expériences ont démontré que l'absorption de la lécithine produit une rétention azotée, accompagnée d'une diminution de l'acide sulfurique excrété par l'urine et d'une augmentation des chlorures éliminés. La quantité des bases xanthiques diminue, celle de la créatinine n'est pas modifiée, celle de l'ammoniaque augmente.

L'excrétion de l'acide sulfurique est, on le sait, en relation directe avec la décomposition des albuminoïdes ; lorsqu'on voit cette excrétion diminuer sous l'influence de la lécithine, il est permis de supposer que le médicament a déterminé une rétention des albuminoïdes. D'autre part, la rétention de l'azote est en rapport avec la diminution de l'anhydride phosphorique et des

corps xanthiques excrétés. On peut donc, d'après Slowtzoff, admettre que la lécithine favorise la transformation de l'albumine résorbée en albumine organisée, c'est-à-dire qu'elle contribue à la formation de réserves protéiques.

PIERRE SÉE.

Onction orégogène du corps thyroïde par MM. LÉOPOLD LÉVI et HENRI DE ROTHSCHILD (*Société Biologie*, 16 février 1907.) — MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild désignent sous le nom de *fonction orégogène* la fonction qui consiste à éveiller divers appétits, ou à les stimuler lorsqu'ils sont diminués. Les auteurs avaient déjà, dans de précédentes communications, démontré que chez 21 sujets la faim put être aiguisée par le traitement thyroïdien. Ils citent deux cas nouveaux, ceux d'une jeune fille de douze ans et d'une petite fille de cinq ans : l'opothérapie stimula leur appétit et provoqua une augmentation sensible de leur poids.

Le corps thyroïde influence également l'état cérébral, faisant naître la curiosité, l'attention, le goût pour le travail. Il agit aussi sur l'appétit sexuel.

D'après MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild, cette fonction orégogène ne serait pas dévolue au corps thyroïde seul, mais appartiendrait à d'autres organes; c'est ainsi que l'hypophyse exercerait une influence sur la puissance intellectuelle.

PIERRE SÉE.

Le traitement des pseudo-rhumatismes infectieux et des rhumatismes chroniques, par LE GENDRE (*Journ. des praticiens*, 2 mars 1907). — Le type des premières de ces affections est constitué par les formes du pseudo-rhumatisme blennorragique. On commencera par lutter contre l'infection urétrale, puis on traitera la détermination articulaire, arthralgie suivie d'hypersécrétion synoviale séreuse, arthrite suppurée ou arthrite plastique ankylosante. Dans la première forme, on emploiera la chaleur, les révulsifs ; dans la forme aiguë, on utilisera le froid intense, si l'articulation est facilement accessible (la hanche ne l'est pas, par exemple). On emploie pour cela deux vessies de caoutchouc, soit des cataplasmes de farine de lin refroidie et mélangée de fragments de glace ; on interposera, pour éviter ces érythèmes, une flanelle mince entre le topique et la peau.

S'il existe du pus, il faut ponctionner et injecter un liquide antiseptique (solution faible de sublimé, phénol, formol, collargol en suspension dans l'eau, naphtol camphré), ou faire faire une arthrotomie.

Si la forme est subaiguë, il faut immobiliser l'articulation dans des appareils permettant de faire des révulsions et onctions : l'onguent mercuriel belladoné est alors très utile. Si l'état subaigu est passé, il faut savoir trouver le temps exact où la mobilisation succédera à l'immobilisation : c'est là un point capital. On intervient au moment où les douleurs sont calmées. On fera très doucement des tentatives de mobilisation, du massage, de la mécanothérapie.

Pour le *rhumatisme chronique*, on distinguera, au point de vue thérapeutique, les médications destinées à modifier l'état humoral, les antiseptiques et les antitoxiques.

Si l'on essaie de lutter contre l'acidité urinaire exagérée par les alcalins à haute dose, on obtient bien rarement des modifications des douleurs ou des lésions. En revanche, certains rhumatisants se trouveront bien de la médication par l'acide phosphorique (30 à 60 gouttes par jour).

L'iode, sous forme d'huile de foie de morue, d'iodures alcalins, excite la circulation sanguine : sous ce rapport, la médication la plus active est la teinture d'iode, administrée dans du vin sucré ou du lait. On commence par 10 gouttes aux repas, et on augmentent progressivement de 2 à 6 gouttes par jour jusqu'à apparition de l'intolérance gastrique : celle-ci se montre très vite quand il y a idiosyncrasie.

Les bains arsénicaux (1 à 8 gr. d'arséniate de soude avec 150 gr. de carbonate de soude ou 250 gr. de gélatine) seront utiles dans ces cas.

Ces bains durent 45 à 90 minutes : on en donne d'abord un tous les 2 jours, puis tous les jours, 2 à 4 jours de suite, avec temps de repos.

Les antiseptiques (salicylates, ichtyol en pilules de 0.10 gr. 4 ou 5 fois par jour), les sérums peuvent rendre des services.

Les antitoxiques sont nombreux et s'adressent à toutes les intoxications pouvant influencer l'état local ; on obtient souvent des résultats thérapeutiques avec eux, mais ce sont les traitements locaux qui en donneront surtout, et parmi eux il convient d'at-

tirer principalement l'attention sur l'ionisation de Stéphane Leduc.

La thérapeutique thermale et hydrominérale a été utilisée de tout temps : les eaux sulfurées sodiques ne seront pas recommandées aux sujets nerveux ayant des lésions viscérales, les sulfurées calciques ne le seront pas aux malades présentant des poussées douloureuses et congestives, les chlorurées sodiques sont indiquées quand il s'agit de chroniques avérés ne présentant ni artériosclérose ni nervosisme.

Restent les eaux thermales simples qui conviennent aux névropathes, aux excitables, aux femmes.

Les boues de Dax et Saint-Amand (les premières surtout) sont congestionnantes : elles ne seront pas recommandées aux sujets âgés dont le cœur et les artères sont en mauvais état, mais donnent de remarquables succès chez tous les autres malades.

E. Vogt.

La radiothérapie et les leucémies (*Association française pour l'avancement des Sciences, Congrès de Lyon*, 27 août 1906 ; d'après *Revue française de médecine et de chirurgie*, n° 1, 10 janvier 1907). — Les rayons Rœntgen semblent exercer sur les organes hématopoiétiques une influence remarquable. Les effets obtenus par la radiothérapie sont favorables dans les leucémies : ils le sont moins dans les pseudo-leucémies.

La radiothérapie dans les leucémies a fait l'objet de deux rapports, l'un de M. Belot, l'autre de M. Barjon, et de discussions de plusieurs auteurs.

D'après M. Belot, de toutes les affections des organes hématopoïétiques, les plus susceptibles de guérison par les rayons Rœntgen sont les leucémies chroniques, les leucémies myéloïde et lymphatique. Les modifications obtenues par le traitement portent :

1° Sur le sang (abaissement du nombre des globules blancs ; augmentation de celui des globules rouges ; accroissement de l'hémoglobine et du poids spécifique des globules rouges) ;

2° Sur la rate, qui revient à son volume normal ;

3° Sur les ganglions, qui régressent rapidement ;

4° Sur l'état général, qui est vite amélioré (disparition de la fièvre, des sueurs nocturnes, de l'apathie, de l'anorexie, de l'albuminurie ; retour des forces et du sommeil).

Dans les pseudo-leucémies, les résultats sont moins favorables, et il faut, d'après M. Belot, distinguer :

1° Les affections dans lesquelles le symptôme prédominant est la splénomégalie, et contre lesquelles le traitement est peu actif ;

2° Celles où il existe surtout de la polyadénopathie et dans lesquelles les rayons Rœntgen agissent d'une manière variable ;

3° Celles qui sont caractérisées par une anémie prononcée et qui sont peu influencées par la radiothérapie.

Les conclusions de M. Belot sont admises par M. Barjon et par M. Vaquez. Ils recommandent de la prudence dans l'usage des rayons X, car leur emploi intensif peut amener des accidents graves. On devra cesser leur application dès qu'auront disparu les modifications pathologiques

Comment agit la radiothérapie ? D'après M. Vaquez, elle produirait une modification cellulaire, et elle influencerait surtout les éléments qui circulent anormalement dans le sang, et provoquerait leur histolyse. Cette action s'exercerait sur les globules blancs et sur les myéloïdes.

Pierre Sée.

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT,

Ancien interne des hôpitaux.

Chirurgie du canal thoracique, par M. Lotsh (*Veroeff. aus dem Gebiete des Militaer-Sanitaetswesen*, 1906, fasc 35). — Cette question, qui donna lieu chez nous à une étude publiée dans la *Revue de chirurgie* 1905, est reprise par cet auteur, qui considère spécialement les plaies opératoires du canal dans sa traversée du cou. C'est en enlevant les grosses masses adhérentes sus-claviculaires, d'origine cancéreuse ou tuberculeuse, que ce canal est le plus souvent ouvert. L'issue subite d'un liquide trouble, qui se renouvelle constamment, avertit l'opérateur ; d'autres fois, l'écoulement se produit seulement au bout de quelques jours. On guérit presque tou-

jours ces malades, soit en liant avec du fin catgut la déchirure quand on peut l'apercevoir, soit en liant circulairement le canal et laissant aux voies collatérales le soin de rétablir la circulation lymphatique. Comme procédés de nécessité, on peut citer la forcipressure à demeure et le tamponnement.

A. Benoît.

La tuberculose ostéo-articulaire et son traitement, par le Dr Manuel Panizo (*Thèse de doctorat* Madrid, 1906). — L'étude dans tuberculose des os et des articulations constitue aujourd'hui un des problèmes les plus intéressants, car ces maladies sont très fréquentes, et la maladie primitive, osseuse ou articulaire, se propage facilement aux viscères (poumons surtout).

La pathogénie de la tuberculose, qu'elle soit osseuse, articulaire ou viscérale, est unique, le bacille de Koch se retrouvant dans toutes les modalités; il est vrai qu'on admet des formes pseudo-tuberculeuses, mais elles constituent l'exception.

Dans la pathogénie des tuberculoses articulaires, nous admettons les formes microbiennes pures et les formes associées : il y a lieu aussi de distinguer entre les divers degrés de virulence et de malignité.

L'étiologie des ostéo-arthrites tuberculeuses est la même que celle de toutes les lésions tuberculeuses en général. L'hérédité, le contage, le genre de vie, l'alimentation et le milieu social de l'individu contribuent pour beaucoup, quand les conditions sont mauvaises, au développement de la tuberculose. La structure de certaines épiphyses des os longs, comme l'humérus, le fémur, etc., et les vertèbres, contribuent aussi au développement de la tuberculose des os comme cause prédisposante locale. En ces régions, le tissu spongieux abonde et il se forme dans son intérieur de vrais nids de tuberculose osseuse qui se propagent ensuite à l'articulation et aux diaphyses.

La tuberculose des os est plus fréquente dans l'épiphyse chez les enfants, tandis que chez l'adulte celle de la diaphyse est plus commune.

Dans la symptomatologie des ostéo-arthrites tuberculeuses, nous trouvons trois périodes : la première douteuse, la seconde de suppuration et la troisième de fistule, avec infections associées. Dans la dernière période des arthrites tuberculeuses, nous observons, non seulement des fistules, mais encore des luxations pathologiques et des attitudes vicieuses.

La marche, la durée et la terminaison de ces processus est ordinairement lente et chronique, les récidives n'étant pas rares, ainsi que l'infection des viscères (surtout le poumon). En règle générale, les arthrites ont une évolution plus lente que les lésions osseuses et se terminent par la guérison avec ankylose du membre.

Le traitement peut être médical, hygiénique et surtout chirurgical. Les moyens hygiéniques doivent être les premiers employés.

Parmi les moyens externes que l'auteur recommande, il faut citer le massage, les bains salins et sulfureux, la cure d'air, etc.

Le traitement chirurgical comprend les méthodes non sanglantes et les opératoires. Parmi les premières, on doit donner la préférence à l'immobilisation, à la compression, à la révulsion, aux injections interstitielles et à l'électrolyse.

Les méthodes sanglantes sont représentées par le curettage et l'excision des parties malades. Dans la tuberculose des os, le râclage et la cautérisation au thermo, les lavages au chlorure de zinc à 10 p. 100 et le tamponnement à la gaze iodoformée méritent la préférence.

Dans les arthrites tuberculeuses, si les moyens non sanglants n'ont pas réussi, on doit donner la préférence à l'arthrotomie, et si les lésions que nous trouvons dans l'articulation sont de telle sorte que le lavage de celle-ci ne suffise pas, on doit recourir à l'arthrectomie : on extirpera la synoviale et tous les autres tissus malades.

Les résections doivent être réservées aux cas où les lésions osseuses sont très étendues : il faut toujours être très réservé chez les enfants.

L'amputation doit être recommandée dans tous les cas où le membre se trouve affecté d'ostéo-myélite tuberculeuse avec état général mauvais.

F. Berini.

Les torsions du grand épiploon, par M. F. Lejars (*Sem. méd.*, 13 février 1907). Le grand épiploon fournit des exemples de volvulus, comme tous les viscères abdominaux très mobiles. L'auteur, qui peut citer deux cas personnels, a réuni un total de 66 observations, plus qu'il n'en faut pour montrer que l'omento-volvulus n'est pas

une « rareté ». Ayant eu son attention dirigée vers cette sorte d'accidents, il en a étudié la symptomatologie et les classe sous trois chefs principaux.

Torsions épiploïques coexistant avec des hernies irréductibles. — Ces cas comprennent la grande majorité des observations; comme si le tiraillement et la fixation de ces organes dans les épiplocèles adhérentes était une cause directe et fréquente de la torsion de la partie intermédiaire autour de la corde dure formée par le centre, fixé en haut et en bas. L'observation qu'il cite nous montre une torsion en masse du grand épiploon, formant tumeur dure, grosse comme une tête d'enfant; la torsion, qui était triple, siégeait immédiatement au-dessous du côlon transverse. Le centre était creusé d'une sorte de cavité contenant du sang noir épanché. Le diagnostic, cette affection étant mieux connue, peut maintenant se faire avant l'intervention, lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur intra-abdominale, absolument mate, de consistance grenue et pâteuse, avec une corde dure tendue au dehors, bordée sur le bord latéral du bassin qu'elle n'atteint pas, par une bande dépressible et sonore. Douleur au palper, mais nullement comparable à la douleur lancinante des suppurations aiguës, comme dans l'appendicite. En bas le plastron se perd nettement dans le contenu de la hernie qui est de même consistance, car il n'y a jamais d'intestin dans ces sacs herniaires. Ajoutons que le pouls est normal, avec une température de 38°,1 à 39° au maximum.

Torsions épiploïques combinées à une hernie vide. — Il y a une relation étroite entre l'existence d'une hernie inguinale bien réduite ou contenue par un bandage et les accidents abdominaux causés par une torsion épiploïque. Souvent, en effet, il y a à l'origine de ces accidents une réduction malaisée de la hernie. Dans presque tous les cas, on a opéré pour des appendicites et la découverte de la torsion épiploïque, là où on croyait trouver un vaste abcès appendiculaire, cause au chirurgien une surprise.

Torsions épiploïques sans hernie. — Rares mais signalées dans des conditions très variées. D'abord lorsque des tumeurs se sont développées dans le tablier épiploïque (kystes hydatiques). Adhérence à une tumeur pelvienne. Ici les conditions sont les mêmes que dans les épiplocèles adhérentes. *L'omento-volvulus intra-abdominal* est plus difficile à reconnaître, parce que la hernie « indicatrice » manque.

Le pronostic de l'affection, assez bénin quand on peut intervenir à temps, comporte une gravité non douteuse, la tumeur pouvant se sphacéler et se détacher complètement par rupture du pédicule. Une péritonite aiguë peut survenir. On a vu des ulcérations de la muqueuse gastrique et intestinale, des hémorragies (7 décès sur 66 cas), enfin la continuation des accidents, parce qu'on avait négligé de lever un volvulus double en haut et en bas.

Intervention : lorsque la tumeur descend jusque dans un sacherniaire, on incise sur la hernie, puis, suivant la masse violacée et infiltrée de l'épiploon, en incisant le long du bord externe du muscle droit, on fait ainsi une hernio-laparotomie qui permet d'examiner jusqu'aux attaches supérieures de l'épiploon. Il peut y avoir, surtout au bout de quelques jours d'attente, des adhérences à tous les points de l'abdomen, tout particulièrement délicates à rompre, avec les anses de l'intestin grêle, qui se laisserait facilement « pelurer ». La tumeur est extraite de bas en haut et le pédicule sectionné en tissu sain, au-dessous d'une ligature en chaîne. Le tablier épiploïque entier peut être réséqué sans danger. Quelques chirurgiens dans des cas récents se sont contentés de détordre.

A. Benoît.

L'anesthésie héroïno-chloroformique, par P. Volta (*Gazzetta degli Ospedali*, 17 mars 1907). — Aux divers procédés d'anesthésie chloroformique mixte (morphino-chloroformique, morphino-atropino-chloroformique, scopolo-morphino-chloroformique, etc.), en usage actuellement, l'auteur, assistant du service de chirurgie dirigé par T. Busachi, à l'hôpital Ugulani, à Crémone, en préfère un autre, qui consiste à pratiquer, une demi-heure avant l'opération, une injection hypodermique de *cinq* milligrammes d'héroïne (éther diacétique de la morphine, supposé être plus actif et moins nocif que la morphine), puis à donner le chloroforme comme à l'ordinaire. Dans les cinquante cas où ce genre de narcose chirurgicale fut employé, on en obtint une anesthésie calme et régulière.

V. de Holstein.

L'anesthésie chirurgicale mixte par le véronal, la morphine et l'éther, par C. STRAUCH (*Zentralbl. f. Chir.*, 2 mars 1907). — L'auteur recommande le procédé suivant d'anesthésie générale : la veille de l'opération, on fait prendre 1 gramme de véronal, dose qui provoque, le plus souvent, un sommeil si prolongé qu'on doit réveiller le malade pour l'opération. A ce moment, on lui fait une piqûre de 0 gr. 015 (quinze milligrammes) de morphine, et on lui donne un lavement alcoolisé; après quoi, on l'endort au moyen de l'éther, en terminant, au besoin, par l'inhalation de quelques gouttes de chloroforme. L'anesthésie ainsi obtenue ne laisserait rien à désirer, et elle offrirait encore cet avantage que le sommeil prolongé, déterminé par le véronal, évite au malade l'attente angoissante de l'opération.

V. DE HOLSTEIN.

Le shock post-opératoire : cause, prophylaxie et traitement, par ROBERT DAWBARN. (*The intern. J. of surgery*, fév. 1907.) — Le shock post-opératoire consiste essentiellement en une paralysie des centres vasomoteurs aboutissant à une perte du tonus des vaisseaux qui se gorgent de sang, d'où l'anémie du cerveau et du cœur. Le collapsus n'est qu'un shock d'un type moins grave. Les causes sont la perte du sang, l'anesthésie générale excessivement longue et profonde, la perte de la chaleur corporelle, la longueur de l'opération, des interventions brutales sur les tissus, certaines régions plus susceptibles et des causes psychiques, la crainte surtout.

Comme traitement médicinal, il faut se rappeler que les médicaments qui stimulent les centres vasomoteurs sont complètement inutiles. La strychnine est plus nuisible qu'utile dans le cas où les centres sont épuisés. Le traitement préventif le plus efficace consiste dans une injection saline intra-veineuse faite pendant que le malade est encore sur la table d'opération après toute intervention grave. La quantité optima est pour un adulte de deux litres environ, qu'on injecte en vingt minutes pour ne pas forcer le cœur. Dernièrement l'auteur a choisi la saphène interne à la jambe au-dessus de la cheville comme point d'introduction. La veine est plus volumineuse que celles du coude, l'injection se fait plus facilement et l'assistant ne gêne pas l'opérateur. Cette injection doit être répétée pour maintenir ses bons effets, mais alors on peut la faire dans le rectum et la répéter jusqu'à ce que le pouls tombe à 120.

On peut alors recourir à un vaso-constricteur comme l'ergot ou l'adrénaline. Celle-ci doit être administrée par petites quantités à la fois et souvent. L'auteur, sur la recommandation de Takamine fait tomber la solution goutte à goutte dans les narines, la tête du malade étant renversée ; l'adrénaline est alors absorbée dans le naso-pharynx. Le salicylate de physostigmine peut être donné ensuite en injection hypodermique. Son avantage principal est de provoquer le péristaltisme intestinal, mais ce médicament agit aussi comme tonique du cœur dont il ralentit les battements. Ne jamais surexciter le cœur et ne donner par la bouche aucun aliment ni médicament capable de provoquer des nausées, mais recourir à la voie rectale ou sous-cutanée.

L. JUMON.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr Pierre SÉE.

Sur le diagnostic et le traitement de la gastrite phlegmoneuse, par OSKAR KLAUBER. (*Zentralbl. f. inn. Med.*, 3 mars 1907). — Les cas connus de gastrite phlegmoneuse, sauf ceux qui ont été opérés, ont tous succombé. L'auteur, cependant, donne un cas où le diagnostic put être fait chez une jeune fille de vingt deux ans, admise à l'hôpital avec le diagnostic de péritonite. A ce moment les symptômes étaient les suivants : température 39°5, pouls 120, pas de ballonnement, abdomen dépressible, douleur à la palpation entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, pas de matité anormale. rien du côté du foie et de la vésicule biliaire, rate normale, pas de roséole, vomissements.

Lavements nutritifs et injection de morphine. Estomac dilaté. La pompe stomacale ramène deux litres d'un liquide trouble, d'aspect savonneux, contenant de gros flocons, réaction acide. Sédiment abondant de cellules épithéliales, selles abondantes riziformes. Dans la suite, le liquide de lavage contenait de grandes quantités de cellules, du pus. En excluant du diagnostic un

abcès parastomacal et un empoisonnement, il ne restait à admettre qu'un abcès peu vraisemblable de l'estomac et une inflammation diffuse du tissu sous-muqueux de l'estomac, provoquant des phénomènes généraux graves.

Au point de vue thérapeutique, il faut surveiller avec le plus grand soin le malade afin de reconnaître le plus rapidement possible une perforation de la paroi stomacale qui peut se produire, afin de la traiter suivant les règles. Mais il n'est pas indiqué de faire une laparotomie préventive, comme dans le cas de Langenmann, car on ne peut établir le point où peut se faire une perforation dans la gastrite phlegmoneuse diffuse. On ne peut non plus faire courir au malade le risque d'une laparotomie exploratrice en raison de l'état général grave, et parce que cette intervention peut détruire des adhérences protectrices en train de se former.

Il est indiqué, par contre, de faire avec précaution des lavages de l'estomac, si l'on est prêt à intervenir en cas de perforation. Mais, précisément, des lavages pratiqués de bonne heure peuvent prévenir cet accident. L'estomac est en effet rempli des produits d'une sécrétion inflammatoire et, ne pouvant se débarrasser de son contenu, il se distend, ce qui favorise la perforation. L'usage du syphon est donc surtout indiqué, quand on constate les signes de réplétion de l'estomac. Dès ce moment, la maladie prend une évolution favorable. La principale indication est ensuite de maintenir l'état des forces. L'alimentation par la voie stomacale est impossible, l'alimentation rectale est très difficile en raison de la diarrhée souvent profuse et du ténesme qui excluent les lavements nutritifs. Dans ces conditions, l'auteur a réussi à soutenir la malade au moyen d'injections sous-cutanées de solution saline physiologique contenant 1 à 2 p. 100 d'albumine, dont l'organisme conserve 70 à 80 p. 100; dans ces conditions, un litre correspond à une quantité d'albumine de 3 ou 4 œufs. Une partie de l'albumine repasse par les urines.

L. Jumon.

Le lavage de l'estomac dans l'empoisonnement par l'acide phénique, par M. d'Hôtel (*Union médicale du Nord-Est*, 15 janvier 1907). — M. d'Hôtel (de Foix-Tevron) cite deux observations de sujets empoisonnés par l'acide phénique et chez lesquels des lavages de l'estomac ont donné des résultats favorables.

Le premier cas concerne un domestique qui, par erreur, avala de l'acide phénique, croyant prendre de l'eau-de-vie. Il tomba peu après dans le coma (absence de réflexe oculaire, etc.). M. d'Hôtel ordonna des flagellations et des injections d'éther; elles ne produisirent aucun effet. Il voulut alors pratiquer le lavage de l'estomac; n'ayant pas de tube à sa disposition, il introduisit, dans une narine, un entonnoir et y versa de la poudre d'ipéca délayée dans une grande quantité d'eau tiède. Il en résulta des vomissements abondants qui débarrassèrent l'estomac de l'acide phénique.

Dans le second cas, il s'agit d'une jeune fille à qui on donna, par erreur, dans un verre de bière, trois cuillerées d'acide phénique officinal, au lieu d'huile de ricin. Bientôt la malade tomba dans le coma. Le traitement classique de l'intoxication n'ayant amené aucun résultat, M. d'Hôtel fit des lavages successifs de l'estomac, jusqu'à ce que le liquide expulsé n'eut plus aucune odeur d'acide phénique. Avec ce traitement disparurent les symptômes d'empoisonnement.

A l'occasion de ces deux observations, M. d'Hôtel fait remarquer que l'absorption de l'acide phénique ingéré se fait lentement. Après un temps allant d'une demi-heure à deux heures en effet, les urines ne sont pas encore colorées. C'est pourquoi les lavages de l'estomac, même pratiqués tardivement, font cesser les signes d'intoxication. Enfin après cette médication on n'observerait ultérieurement ni rétractions ni troubles digestifs.

Pierre Sée.

Traitement des rétrécissements cicatriciels du pylore par des injections sous-cutanées de thiosinamine, par M. Sachs (*Therapie der Gegenwart*, janvier 1907). — Dans ce travail, M. Sachs cite l'observation de deux malades atteints d'ulcère chronique de l'estomac avec sténose du pylore, qui guérirent à l'aide d'injections sous-cutanées de thiosinamine. Les injections furent faites tous les trois jours, à la dose d'un centimètre cube, et avec une solution de thiosinamine au dixième. Le traitement fut continué pendant vingt jours, au bout desquels la rétention gastrique et les vomissements cessèrent.

D'après Sachs, les injections sous-cuta-

nées de thiosinamine donneraient également de bons résultats dans le traitement des adhérences pleurales, des périgastrites chroniques et des rétrécissements de l'urètre. Dans ce dernier cas, il serait utile de pratiquer en même temps la dilatation mécanique du canal de l'urètre.

PIERRE SÉE.

Traitement des rétrécissements infranchissables non cancéreux de l'œsophage. GROSS et SANCERT (*Rev. de chir.*, janvier 1907). — Progrès notable dû à l'extension de l'*œsophagoscopie* qui apporte à la dilatation guidée par la vue un appoint indispensable, si bien qu'il devient possible de s'orienter, d'éviter les fausses routes, et de trouver le bon orifice dévié latéralement. Les chirurgiens de Nancy pensent que, si le tube œsophagoscopique entre de plus en plus dans la pratique chirurgicale, le nombre des rétrécissements vraiment infranchissables sera considérablement diminué. Pour les rétrécissements où l'on aura pu introduire par ce moyen de fines bougies ou laminaires, l'*électrolyse* guidée par la vue, au lieu de l'aveugle œsophagotomie, sera le vrai traitement. Pour ceux qu'on n'aura pu franchir, la *voie rétrograde* aidée de l'éclairage permettra une solution parfois heureuse. En effet, dans les rétrécissements non cancéreux (spasmes, sténoses congénitales, inflammatoires, cicatricielles), la filière est beaucoup plus facile à franchir par en bas que par en haut, à cause de la *dilatation pré-stricturale*. Il faut nécessairement, à défaut d'une fistule gastrique existante, ce qui donne d'ailleurs une voie d'accès assez difficile, ouvrir largement l'estomac pour découvrir le cardia. L'obstacle une fois franchi, on y passe un fil sans fin et l'on pourra faire ensuite la dilatation par ramonage (von Kocher).

A. BENOÎT.

Achylie pancréatique fonctionnelle, par M. A. SCHMIDT (*Arch. f. klin. Medicin*, 1906, LXXXVII, p. 5 et 6). — Les troubles digestifs peuvent provenir aussi bien du fonctionnement défectueux de l'estomac que du mauvais état des glandes annexes du tube digestif; mais tandis qu'il est facile d'établir, par le tubage, un diagnostic exact des perturbations gastriques, il est impossible de reconnaître les modifications de la sécrétion pancréatique. Il est important, tant au point de vue clinique que thérapeutique, de distinguer l'origine gastrique ou pancréatique des symptômes. Lorsqu'on cherche à apprécier l'état fonctionnel du pancréas, il faut, d'après M. A. Schmidt, tenir compte de plusieurs facteurs qui peuvent fausser les résultats. En effet la salive, le suc gastrique et le suc intestinal peuvent suppléer, jusqu'à un certain point, l'insuffisance de la sécrétion pancréatique; de plus, pour qu'apparaissent les troubles digestifs d'origine pancréatique, il faut une destruction presque complète du pancréas; enfin l'absence d'écoulement du suc pancréatique dans l'intestin ne compromet pas la partie de la digestion qui appartient au pancréas. Ce sont ces facteurs qui expliqueraient l'absence de troubles intestinaux dans les cas de rétention du suc pancréatique; c'est ce qu'on observe dans le cancer du pancréas, l'oblitération, par des calculs, des canaux excréteurs. On ne constate donc de troubles digestifs que lorsqu'il y a simultanément rétention du suc pancréatique et destruction de la glande.

Les troubles de la digestion pancréatique se reconnaissent à l'élimination anormale, par les matières fécales, de substances azotées et de graisses neutres. Pour vérifier l'activité du pancréas, on peut employer le procédé de M. Sahli, qui consiste à faire ingérer aux malades des capsules de glutol contenant de l'iodoforme; ces capsules résistent à l'action du suc gastrique, mais elles sont attaquées par le suc pancréatique. M. Schmidt trouve la méthode de Sahli insuffisante et la remplace par la technique suivante : on donne au malade, au moment d'un repas d'épreuve, de petits cubes, d'un demi-centimètre de hauteur, de viande de bœuf. Chaque cube est renfermé dans un petit sac de soie. On recherche ensuite ces sacs dans les matières fécales : on les lave à l'eau, on les fixe, on les inclut, on les coupe et on les colore, comme on ferait d'une pièce histologique. Si la digestion pancréatique est bonne, les noyaux des cellules doivent être détruits, le suc gastrique n'exerçant sur eux aucune action.

M. Schmidt a pu, grâce à ce procédé, reconnaître l'insuffisance pancréatique chez plusieurs malades. Les patients présentaient des troubles dyspeptiques et une diarrhée intense, rebelle à tous les traitements : ils guérirent rapidement par l'ingestion de pancréatine.

Enfin, d'après M. A. Schmidt, pour obtenir de bons résultats thérapeutiques, il faut

s'assurer en même temps de l'état de la digestion gastrique, on peut ainsi savoir si l'achylie pancréatique existe seule, ou si, au contraire, elle est due à l'absence d'excitation par un estomac hypo ou anachlorhydrique.

PIERRE SÉE.

Effet nocif, apparemment mortel, du chloroforme dans deux cas de cirrhose latente du foie, par FOA (*Gaz. med. ital.* et *Rivista critica di clinica med.*, 2 mars 1907). — L'auteur relate les observations de deux malades, d'âge moyen, qui, quelques jours après l'opération radicale d'une hernie inguinale, faite sous le chloroforme, tombèrent dans le coma et ne tardèrent pas à succomber. A l'autopsie, on trouva une cirrhose vulgaire du foie, à sa période d'atrophie, dont on ne s'était guère aperçu avant l'opération. Le chloroforme étant pour les cellules hépatiques tout aussi toxique que l'alcool, il est très vraisemblable que l'anesthésie chloroformique provoqua chez ces deux malades, déjà atteints de cirrhose latente du foie, une sorte d'ihépatite parenchymateuse (il y eut ictère intense chez l'un d'eux, tandis que l'autre émit des urines ictériques), à évolution rapidement mortelle.

Il faudrait donc, chaque fois qu'on examine un sujet devant subir une opération qui exige l'anesthésie chloroformique, porter son attention non seulement sur le cœur, les reins et les poumons, mais s'enquérir encore de l'état de son foie, alors même qu'il ne présente pas de signes manifestes d'affection hépatique.

V. DE HOLSTEIN.

L'abcès du foie et son traitement, par HECTOR MACKENZIE (*Medical Review*, mars 1907). — Ce travail se rapporte aux abcès du foie observés en Angleterre. La dysenterie est la cause la plus fréquente, mais comme elle affecte les femmes aussi bien que les hommes, et que ceux-ci sont presque exclusivement atteints par l'hépatite suppurée, il faut chercher une autre cause, qui pourrait bien être l'abus de l'alcool. Après avoir donné un aperçu de l'évolution et de la symptomatologie de la maladie, l'auteur aborde le traitement.

Ce traitement est purement chirurgical. Lorsqu'on soupçonne un abcès, faire une ponction exploratrice avec un trocart et essayer de trouver le pus. Si on ne le rencontre pas à la première tentative, enfoncer le trocart dans un autre point, et plusieurs fois même avant de le trouver. Lorsqu'on a rencontré le foyer de suppuration, il faut l'ouvrir largement et le drainer.

L'abcès du foie peut être d'un diagnostic très difficile, ce qui apporte des difficultés pour le traitement. Dans un cas, l'abcès s'ouvrit dans la plèvre et simula un empyème. Ce ne fut qu'après que la plèvre eut été ouverte que l'abcès hépatique put être découvert.

Un autre cas a simulé une pneumonie aiguë chez une femme de vingt et un ans, qui avait fait une chute sur le côté droit et s'était fait une violente contusion. Quelque temps après, elle eut des symptômes généraux et locaux, une expectoration pouvant faire croire à une pneumonie. La malade mourut, et à l'autopsie on trouva un énorme abcès du foie.

L. JUMON.

Contre la fissure anale, KATZENSTEIN (*Journal de médecine de Paris*, n° 10, 10 mars 1907, p. 88).

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 05
Extrait de belladone.....	0 gr. 05
Sulfo-ichtyolate d'ammoniaque	6 gr.

Faire des mictions chaudes avec ce mélange.

PIERRE SÉE.

Pilules purgatives à base de graisse de mouton (*n'étant attaquées que dans l'intestin*) (*Journal de médecine de Paris*, n° 8, 24 février 1907, p. 75). — M. Jaworski donne la formule suivante :

Podophylline.....	0 gr. 20
Graisse de mouton purifiée fusible à 45°.....	1 gr.
Magnésie calcinée.....	Q. S. p. 10 pilules.

On saupoudrera de magnésie calcinée.

PIERRE SÉE.

Appareil pulmonaire. Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,
Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Les saignées locales dans le traitement de l'hydropisie d'origine cardiaque, par

Arthur Devoe (*American Medicine*, janvier 1907). — Au début l'auteur faisait de petites incisions sur les jambes et les chevilles comme traitement palliatif pour évacuer la sérosité infiltrant les membres. Cependant elles étaient assez profondes pour produire d'abord un écoulement de sang, qui était suivi durant plusieurs jours d'un écoulement plus ou moins abondant de sérosité. Jamais il n'en est résulté des accidents aux points incisés. Les plaies se sont même assez rapidement fermées. Or les incisions profondes donnent des résultats beaucoup plus complets que les simples mouchetures qui s'infecteraient même plus facilement. La douleur qui résulte de l'incision peut facilement être évitée par l'application du chlorure d'éthyle. Les malades atteints d'hydropisie cardiaque observent généralement une position assise ou demi-couchée le jour et la nuit. Les pieds et les jambes étant les régions les plus déclives, se chargent des liquides extravasés. Les incisions donnant issue au flot de sang et de sérosité accumulés dans ces points apportent un grand soulagement mécanique à la circulation. En outre, l'évacuation porte souvent sur des matériaux toxiques, car les cardiaques hydropiques sont généralement atteint à un certain degré de phénomènes urémiques. Souvent après ces incisions il se manifeste une amélioration dans l'état général et une augmentation de la diurèse.

L. Jumon.

De l'hémostase par les sérums chez les hémophiliques, par M, Broca (*Société de Chirurgie*, 6 mars 1907). — On sait que le sang des hémophiliques présente certaines modifications : c'est ainsi qu'il y a retard de la coagulation *in vitro*. Mais si on ajoute à ce sang quelques gouttes d'un sérum animal, la coagulation se produit immédiatement. M. Broca a mis ce procédé en pratique chez plusieurs malades atteints d'hémophilie, et il a reconnu que l'introduction intraveineuse de sérum constitue un traitement préventif et curatif de l'hémophilie. Il a pu ainsi arrêter les hémorragies d'un hématurique.

M. Broca fait remarquer que, malgré ce traitement, les malades n'en restent pas moins hémophiliques.

Pierre Sée.

Le lait comme hémostatique (*Journal de Médecine de Paris*, n° 10, 10 mars 1907, p. 88). — M. Solt, médecin à Riga, recommande le lait en lavement contre les hémorragies, qu'il s'agisse d'hémorragies pulmonaires, gastro-intestinales ou utérines. Il administre un litre de lait de vache cru ou bouilli.

M. Solt attribue cette action hémostatique à la richesse du lait en sels calcaires. Les sels de chaux augmentent en effet la coagulabilité du sang et arrêtent ainsi les hémorragies.

Pierre Sée.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement du tabes dorsal par les agents physiques, par Tobias et Kindler (*Berl. klin. Wochenschrift*. 4 et 11 mars 1907). — Les auteurs conseillent de rechercher chez tous les neurasthéniques et rhumatisants chroniques les signes du tabes au début : ils estiment que le traitement spécifique ne donne pas de bons résultats même dans ces conditions. Mais on obtiendra d'excellents résultats avec une série de prescriptions diététiques, mécanothérapiques et autres.

Régime. — Les malades sont presque toujours amaigris : on prescrira donc un régime plutôt lacto-végétarien en insistant sur les graisses et les hydrocarbures. La suppression de la viande ne présente aucun avantage.

Il faut éviter les cures de gavage, car l'augmentation trop marquée du poids du corps rend la marche plus difficile.

On peut permettre de petites quantités de liquides alcooliques, de café et de thé légers.

Si, par exception, on a affaire à un ataxique obèse, il faut se garder de le soumettre à une cure trop intense d'amaigrissement.

Massage. — On a tort de rejeter le massage, car il permet se combattre l'obésité, la constipation si fréquente : il tonifie les muscles affaiblis chez les alités et active le métabolisme.

Les effleurages doux aideront à combattre les douleurs fulgurantes.

Il est possible que le massage vibratoire recommandé par Achert n'agisse que par

suggestion, mais, en présence d'une maladie de si longue durée, on aurait tort de ne pas l'utiliser.

Gymnastique. — Les auteurs déconseillent tout exercice de gymnastique non dirigé par le médecin : les sports sont absolument défendus.

La suspension n'a jamais donné aux auteurs de résultats probants, en dehors d'une amélioration des douleurs fulgurantes dans quelques cas.

Rééducation musculaire. — La méthode de Frenkel a passé la période de l'enthousiame exagéré. Aujourd'hui, on se rend compte qu'en forçant tous ces malades à des efforts d'attention soutenue, on a provoqué trop souvent une irritation des neurones restés sains jusque-là. Il est d'ailleurs difficile d'établir dans ce domaine des règles générales, chaque sujet réagissant d'une façon spéciale : en tout cas, l'état général devra toujours être exactement surveillé encours de traitement.

Dans les périodes de poussées aiguës, on s'abstiendra presque entièrement : on se contentera de faire faire quelques exercices de marche sans exiger une trop grande précision. Quand le processus médullaire présente un arrêt dans sa marche progressive, on en profite pour augmenter les exercices : on féra deux fois par an des cures de 4 à 6 semaines, en surveillant le malade dans l'intervalle, pour l'empêcher de reperdre le terrain acquis.

Les cas graves devront être soignés dans des établissements spéciaux.

Hydrothérapie. — Il est probable que les pratiques hydrothérapiques n'agissent que sur les neurones restés sains : quoi qu'il en soit, cette méthode de traitement, bien dirigée, rendra de grands services.

Chez les tabétiques souffrant de douleurs fulgurantes, on se contentera de donner des grands bains à 35° de 20 à 60 minutes de durée, 3 fois par semaine au plus. On s'arrêtera après une série de 12 à 18 bains.

Chez les sujets dont le processus pathologique subit un temps d'arrêt relatif, on obtient d'excellents effets avec les bains d'acide carbonique : le nombre des bains et leur fréquence seront réglés comme ci-dessous. La durée sera de 8 minutes au début : on arrivera progressivement à 15 minutes, et la température baissera de 35° à 30°.

Les demi-bains à 34°, refroidis de 3° pendant la durée du bain, sont aussi indiqués, ainsi que les enveloppements humides à 20°, chez les malades dont la réaction s'effectue énergiquement. Les frictions ne sont permises qu'au début de la maladie.

On défendra absolument les bains de vapeur, trop souvent employés au début par les malades qui s'imaginent souffrir de rnumatismes.

Les douleurs fulgurantes peuvent être améliorées *loco dolenti* par des applications locales, froides et de courte durée. Pour traiter et prévenir les crises, rien ne réussit d'ailleurs dans ce domaine comme les applications chaudes le long du rachis (40°, durée de 30 minutes).

Electrothérapie. — Personne ne croit plus à une action du courant électrique sur l'affection elle-même. Elle donne, dans certains cas, des résultats en calmant les névralgies : il est difficile de prévoir le mode d'électrisation qui conviendra le mieux dans chaque cas particulier. Les courants de haute fréquence et les bains électriques n'ont donné aucun résultat entre les mains des auteurs.

E. Vogt.

Le shock psychique, son traitement, par G. Hammond (*The intern. J. of Surg.*, février 1907). — Le shock psychique ne dépend pas d'un collapsus du cœur. Par ce terme, l'auteur entend une paralysie des fonctions cérébrales, résultant d'un traumatisme sur la tête ou d'une frayeur. Les symptômes sont ceux d'un délire doux. Les sujets atteints peuvent être relativement bien pendant quelques heures, puis il survient de la céphalalgie, de la stupeur, alternant avec des périodes de délire. Il y a de l'insomnie et de la prostration, alternant avec de l'excitation maniaque. Il existe un certain nombre de cas dans lesquels la frayeur a suffi pour plonger les individus dans un état de shock psychique suivi de mort. Dans ces cas on a trouvé à l'autopsie des hémorragies ponctuées, de l'engorgement des vaisseaux cérébraux et une congestion intense. Il est cependant possible que ces lésions n'aient rien à voir avec le shock. La neurasthénie ou l'hystérie traumatique doit être distinguée du shock psychique.

Dans le traitement de cet état morbide, il faut se garder d'abord de recourir à la strychnine, qui est absolument néfaste dans le shock psychique. Lorsqu'il y a du délire grave ou léger, la strychnine, le fer, la quinine, l'alcool semblent aggraver l'état

du malade. D'un autre côté, les médicaments qui exercent une action déplétive sur le cerveau semblent rendre plus de services. Le bromure et le chloral à petites doses, fréquemment administrés jusqu'à ce que le sommeil arrive, assurent le repos cérébral et diminuent l'hyperhémie de l'encéphale, ils permettent en tout cas aux symptômes d'irritabilité cérébrale de se dissiper. C'est le traitement qui a donné les meilleurs résultats à l'auteur.

L. JUMON.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement conservateur des otites moyennes aiguës par la méthode Bier-Klapp, par R. SPIRA (*Wien. med. Presse*, 10 mars 1907). — L'auteur a modifié le traitement de Bier dans son application au traitement des otites moyennes. En général la bande donne de bons résultats dans les otites; mais s'il y a des insuccès il faut l'attribuer à ce qu'on néglige la modification apportée par l'auteur à ce traitement. Toutes les fois que les phénomènes inflammatoires aigus sont accompagnés de lésions locales dans le voisinage de l'oreille, il ne faut pas se borner à appliquer l'hyperhémie veineuse, mais il faut combiner ce traitement à l'application simultanée des ventouses de Klapp.

Dans le cas où les parties molles autour de l'oreille sur l'apophyse mastoïde sont gonflées, infiltrées ou même s'il y a de la fluctuation, on fait une petite incision jusqu'à l'os sur la région de l'apophyse et on applique ensuite la ventouse. Celle-ci est appliquée deux ou trois fois par jour pendant cinq à dix minutes avec des interruptions de cinq minutes. La ventouse aspire une certaine quantité de sang ou de pus. Ce traitement continué jusqu'à la disparition complète de toutes les lésions externes. Il faut faire en sorte que l'orifice de la plaie ne se ferme pas trop tôt. Un simple pansement antiseptique termine chaque jour ce traitement. Par ce procédé l'auteur a pu observer des résultats surprenants. Une intervention opératoire qui paraissait absolument indiquée en raison des symptômes généraux, de l'infiltration de la région mastoïdienne, de l'extension de l'œdème jusqu'aux paupières, etc., s'est montrée absolument superflue après ce traitement. Toutefois il ne faudrait pas s'abstenir de toute intervention active lorsqu'il existe des symptômes indiquant une complication intracranienne.

L. JUMON.

Epithéliomes du pharynx, par le Dr FERNANDO SANCHEZ (*Thèse de Madrid*, 1906). — Le point d'implantation des tumeurs épithéliales du pharynx est dans l'amygdale et la bourse pharyngée de Luschka, point où se réunissent les deux feuillets du blastoderme ; et la cause du développement de la tumeur doit être cherchée dans l'action d'un agent bactérien quelconque sur une cellule embryonnaire.

Quand chez un malade, on constate une douleur sourde persistante dans l'oreille, avec difficulté de la déglutition, sialorrhée plus ou moins abondante et un peu de trismus, on doit soupçonner l'épithéliome, même si l'on ne trouve ni plaie ni infarctus dans la région rétro-maxillaire. Les épithéliomes sont plus fréquents qu'on ne croit.

On doit procéder immédiatement à une exploration du pharynx et des organes voisins se trouvant en communication lymphatique avec l'amygdale et la bourse pharyngienne.

Le médecin doit circonscrire le territoire malade, avant d'extirper la tumeur, pour construire une barrière contre la métastase et l'infection.

Le phlegmon de la joue et du cou, qu'on voit apparaître presque toujours, n'offre pas de danger, et on doit attendre, avec patience, la fluctuation bien évidente pour l'ouvrir; si l'on peut, il vaut mieux le laisser s'ouvrir de lui-même ; l'abcès représente une voie d'élimination.

L'alimentation se fera au moyen du tube Faucher.

Peu importe que quelques points de suture profonds se déchirent et que les liquides s'épanchent à l'extérieur, car il vaut mieux qu'ils transsudent dans le bandage plutôt que de fuser derrière le feuillet moyen de l'aponévrose cervicale. La fistule pharyngienne peut guérir, tandis que la pneumonie septique ne guérit pas.

Tous ces malades ont l'esprit très abattu et deviennent très irritables et difficiles.

Les injections de morphine sont le meilleur calmant de leurs souffrances.

F. Berini.

Ophtalmologie.

Dr DARIER

Ancien Président de la Société d'Ophtalmologie.

La méthode de Bier en oculistique, par Kessler (*Münchener med. Wochensch.*, 1906, n° 2). — Chez l'individu normal, l'application autour du cou de la bande Bier (de 3 cm. de large), pendant trois à huit heures, ne détermine aucun trouble sérieux; on constate seulement un peu d'hyperhémie de la conjonctive et de stase veineuse rétinienne. La bande a été employée prudemment en thérapeutique chez de jeunes sujets, pour des affections n'intéressant pas le contenu du globe. Le résultat a été satisfaisant dans la kératite parenchymateuse de l'ulcus serpens.

Il a été nul dans les inflammations eczémateuses et catarrhales de la cornée, dans les opacités vasculaires de la cornée. Le traitement n'a jamais eu d'effet fâcheux.

A. Darier.

Le traitement mercuriel en oculistique, par Schmidt Rimpler (*Deutsch. med. Wochensch*, 1907, n° 1). — L'auteur emploie des injections sous-cutanées ou intramusculaires du sublimé, 1 gramme de la solution suivante :

Sublimé	0 gr. 50
Na Cl	2 gr. 5
Eau distillée	50 gr.

Le traitement s'impose dans les affections oculaires syphilitiques : uvéite, kératite parenchymateuse, paralysies musculaires, sauf la mydriase, névrite optique (mais avec précautions; à rejeter dans l'atrophie tabétique, même après constatation de la syphilis). Il est de même indiqué dans certaines affections non syphilitiques (névrite-amblyopie tabagique ou alcoolique, surtout iritis grave et irido-ylite avec troubles du vitré, choroïdite, décollement avec lésions de la choroïde).

A. Darier.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'action résolutive et anesthésiante de la dionine en oculistique, par Axenfeld (*Deutsche Med. Wochensch.*, 1906, n° 47). — Axenfeld injecte à des chiens et des chats, dans les deux chambres antérieures, d'égales quantités d'encre de Chine; il traite un des deux yeux à la dionine et laisse l'autre sans traitement. L'œil traité résorbe l'encre en totalité en 2 ou 3 semaines, tandis que l'autre s'est à peine modifié.

L'observation clinique montre que le médicament hâte la résorption des précipités sur la face postérieure de la cornée et favorise l'éclaircissement de la cornée. Peut-être renforce-t-il l'action des médicaments (éserine, atropine). Il a une puissante action analgésique, mais il a sur la cocaïne l'avantage de respecter la sensibilité de la cornée; il n'altère pas l'épithélium ; il est donc recommandable dans les cas d'érosion ou d'herpès cornéen.

Axenfeld n'a pas employé de solution au-dessus de 10 p. 100.

A. Darier.

L'eumydrine en oculistique, par Bruno Domenico (*La Clinica oculist.*, mai 1906). — Sur l'œil sain, ce médicament à 1 p. 100 provoque la mydriase totale aussi bien que l'atropine ou la scopolamine à 1/2 p. 100.

A 1/2 p. 100, l'eumydrine donne une dilatation partielle suffisante pour l'examen ophtalmoscopique.

La dilatation dure 24 heures pour la solution à 1/2 p. 100, 2 jours à 1 p. 100 et 4 jours à 5 p. 100. Elle peut aller jusqu'à la paralysie complète de l'accommodation.

Elle est sans action sur la tension et ne donne aucune action à part une légère sensation de brûlure, pas de symptômes d'intoxication (elle est 5 fois moins toxique que l'atropine).

A. Darier.

L'alypine, par Massi (*Bollettino del ospedale oftalm. della provincia di Roma*, 1906, janvier-mars). — Ce médicament se recommande par :

1° Son pouvoir anesthésique, égal à celui de la cocaïne;

2° L'indifférence de la pupille à son action ;

3° L'absence totale de réaction inflammatoire après instillation;

4° Sa solubilité dans l'eau.

A. Darier.

L'anesthésie en chirurgie oculaire, par CALDERERO (*La clinica oculist.*, 1906, juin.) — La question de l'anesthésie générale pour la chirurgie oculaire a été récemment discutée, en particulier à propos l'iridectomie dans le glaucome, de l'énucléation, etc. L'auteur recommande d'éviter autant que possible l'anesthésie générale, à cause surtout des vomissements qu'elle peut déterminer. Il ne l'emploie que pour l'opération de Krœnlein et l'extirpation d'ostéomes de l'orbite.

Dans les autres cas, et chez les enfants ou les pusillanimes, il emploie la demi-anesthésie, à laquelle il superpose l'anesthésie locale.

Pour celle-ci, il se sert presque exclusivement de la cocaïne, sans adrénaline, en solution dans le sublimé à 1 p. 1000. La solution doit être fraîchement préparée, surtout pour les injections. Il emploie l'holocaïne à 2 p. 100 pour le cathétérisme des voies lacrymales. Il évite ainsi la paralysie de l'accomodation et la mydriase que donne la cocaïne (ces troubles, qui durent de 6 à 24 heures, peuvent être évités si l'on instille 1 goutte de pilocarpine).

Pour éviter les intoxications, il faut maintenir les paupières séparées, ce qui empêche les points lacrymaux de plonger dans la solution. En injection il ne faut pas dépasser 5 centigr. (solution à 1 p. 100); maintenir les opérés au lit. Les intoxications ne se manifestent guère que dans la position verticale; on les traite par une tasse de café fort.

L'énucléation peut être pratiquée absolument sans douleurs pour le patient. On commence par des instillations; puis on fait des injections dans la région des muscles droits; enfin, après la libération du segment antérieur, on pousse 1/2 seringue de la solution du dehors en dedans, dans les tissus rétrobullaires. L'auteur se sert aussi de la cocaïne pour l'iridectomie dans le glaucome (dans les cas aigus, une nouvelle instillation est faite après l'incision de la cornée, pour que le liquide pénètre directement dans la chambre antérieure), il faut attendre pour opérer que les myotiques aient abaissé la tension; il pratique également à la cocaïne les extractions à l'aimant, l'extirpation des staphylomes, la résections du segment antérieur. La cocaïne n'augmente pas les dangers d'issue de vitré.

F. BERINI.

La sérothérapie dans les suppurations oculaires, par le Dr SANZ BLANCO (*Revista Especialidades*, novembre 1906). — Les suppurations oculaires sont toujours de nature infectieuse, que l'origine soit endogène ou exogène. Les germes infectieux les plus fréquents qui causent ces suppurations sont le pneumo- et le streptocoque.

Le traitement, par conséquent, tendra à empêcher ces germes de se développer pour éviter leur action pathogène et les effets de leurs toxines.

Ce traitement médicamenteux sera de deux sortes : local et général. Avec le premier nous détruisons le microbe et neutralisons ses toxines sur le terrain même; avec le second, nous empêchons son développement et sa pullulation en modifiant ce terrain.

Le traitement local antiseptique suffit dans certaines occasions pour combattre les processus suppuratifs de l'œil, spécialement de la cornée: mais son action est plus lente et plus incomplète que celle de la sérothérapie.

L'application combinée des sérums antipneumo- et antistreptococcique abrège la durée du processus.

L'auteur ne peut encore dire comment agissent ces sérums; il incline à croire qu'ils n'agissent pas directement sur le germe, mais en modifiant les conditions du terrain, et en le rendant inapte à la vie du microbe, on favorise les défenses naturelles de l'organisme contre l'action des toxines.

F. BERINI.

Maladies vénériennes. — Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE,
Médecin des hôpitaux.

Emploi de l'huile grise (*Soc. de dermatologie*, 28 fév. 1907.) — RENAUT estime que la technique est trop compliquée, que l'huile grise peut provoquer des douleurs, des stomatites tardives, que ses vertus thérapeutiques sont précaires, etc.

Pour DUHOT, au contraire, c'est le traitement spécifique idéal, à condition d'employer des doses très élevées, 12 à 20 piqûres de suite (une piqûre de 0,14 gr. par semaine). L'orateur n'a jamais observé

d'accidents et a soin d'insuffler un peu d'air dans l'aiguille avant de la retirer, pour éviter la formation de nodosités.

Jullien estime que cette médication est très active, et qu'en injectant, suivant le poids du corps 0,05 à 0,10 gr. tous les cinq à huit jours (6 piqûres de suite au plus, 4 au moins) on arrive à dissiper tous les accidents, à prévenir leur retour. La méthode est aussi avantageuse que celle des injections de calomel et capable, comme celle-ci, de survivre à toutes les attaques.

Emery recommande d'indiquer sur les flacons la dose maxima à injecter pour éviter toute erreur : il peut toujours arriver que l'aiguille pénètre dans une veine et qu'une embolie se manifeste.

M. Edmond Fournier a observé sur 6.646 injections des accidents chez 14 malades, ce qui donne une proportion de 0,9 p. 100 absolument rassurante.

Charmeil, sur 15.000 injections environ, a vu une seule fois de la salivation : il n'est pas étonnant qu'en présence de la quantité énorme d'injections faites actuellement dans le monde, on cite quelques cas isolés d'accidents.

Milian est d'accord avec Duhot au point de vue du dosage : il lui semble toutefois que la tolérance diminue à mesure que la guérison s'approche : la limite de l'intoxication se reconnaît à des troubles très nets : deux jours après la piqûre, le malade se plaint de courbature, d'asthénie.

Leredde n'est pas partisan des doses fortes : les accidents sérieux ont été toujours observés chez des hospitalisés ayant la bouche en mauvais état.

Fournier estime qu'il y a lieu de tenir compte des dangers éventuels de la méthode qui est excellente en soi. Pour l'orateur, elle a des indications formelles et ne doit pas être employée quand on peut avoir recours à un autre traitement.

E. Vogt.

Traitement interne de l'acné, par Kapp (*Thérap. Monatshefte*, mars 1907). — L'auteur est convaincu que l'acné n'est pas seulement une dermatite locale, bien que la preuve du fait nous manque encore. Si l'on avait affaire à une simple infection des glandes sébacées par des agents extérieurs, on ne s'expliquerait pas facilement l'apparition de l'acné à l'époque de la puberté et sa prédilection pour certains sujets, alors que chacun est exposé à l'infection microbienne.

L'infection intestinale et la chloro-anémie jouent certainement un rôle dans la pathogénie de l'acné : l'auteur a du reste trouvé chez trente-trois jeunes acnéiques une augmentation manifeste des acides aromatiques et de l'indican de l'urine, indiquant une décomposition intra-intestinale des albuminoïdes, due sans doute à un ralentissement du péristaltisme : on sait que ce phénomène s'observe souvent à la puberté.

Ces recherches ont incité l'auteur à instituer une médication destinée à combattre l'exagération des fermentations intestinales et à exciter le péristaltisme : après de nombreux essais, il a adopté des dragées, contenant 1 gr. de soufre précipité et 0 gr. 25 de menthol, à la dose de 2 à 3 dragées par jour. Cette médication, fort bien supportée, sauf dans un cas où elle provoqua des coliques, a donné des améliorations notables et même parfois des guérisons complètes. L'élimination des phénols urinaires baissa rapidement. Dans neuf cas, la guérison fut obtenue en trois mois.

Comme traitement local, on se borna à des lavages à l'esprit de savon formolé.

E. Vogt.

Quel est le rôle de l'iodure de potassium dans la thérapeutique actuelle de la syphilis, par Duhot (*Ann. de la policlin. centr.* de Bruxelles, février 1907). Il est indéniable que le mercure est l'unique agent spécifique du traitement étiologique de la syphilis ; l'iodure ne peut servir qu'à hâter la résorption des infiltrats provoqués par le spirochète : il est donc inutile quand ces infiltrats n'existent pas.

Pour l'auteur, chez un sujet exempt de tares organiques, le mercure viendra à bout de toutes les manifestations secondaires, alors que, dans la période tertiaire, l'iodure serait indispensable pour faciliter la résorption des gommes et combattre l'artérite si souvent méconnue. Ces accidents devraient du reste se montrer beaucoup plus rarement, si l'on instituait chez tous les malades un traitement mercuriel rationnel (traitement énergique dès le début, suppression des pilules).

En résumé, à un stade avancé de la période secondaire, l'iodure devient très utile, pour la résorption des infiltrats microsco-

piques qui ont pu se produire dans les systèmes circulatoire et nerveux.

Dans la période tertiaire, l'iodure est un médicament éminemment utile, souvent merveilleux et constituant notre meilleur agent thérapeutique pour la résorption rapide des exsudats syphilitiques.

Chez les sujets idiosyncrasiques et ceux chez lesquels l'on veut renforcer la cure iodurée, il est utile d'employer les succédanés de l'iodure, qui permettent de multiplier les voies d'accès de ce médicament dans l'organisme.

E. Vogt.

Traitement de la syphilis chez les cancéreux, par Horand (*La Tribune médicale*, 2 mars 1907). — En cas de symbiose (cancer et syphilis), on tentera toujours le traitement spécifique, en se rappelant que l'iodure est fatal aux cancéreux, surtout de la langue, car il provoque de l'œdème et des poussées congestives. Il n'est pas nécessaire de continuer longtemps la médication mercurielle qui sera toujours intensive, car on risquerait de retarder ainsi une intervention chirurgicale.

Après quinze ou trente jours, si tout espoir de guérison par la médication spécifique s'est évanoui, dans les cas de diagnostic douteux, il faudra procéder à une intervention.

Si l'on n'ose la tenter, on fera de la radiothérapie, mais on ne s'adressera jamais aux caustiques.

Comme traitement médical, on aura recours à la quinine ou au trypanroth.

La quinine (bromhydrate et chlorhydrate) peut se donner, à l'intérieur, à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes par jour et pendant quinze à vingt jours consécutifs ou en injections hypodermiques ou intra-musculaires, d'une solution aqueuse à 50 p. 100, ou en applications locales.

Le trypanroth (benzopurpur) sera donné en injections sous-cutanées de 0 gr. 50, dissous dans 40 cc. de sérum artificiel, isotonique, stérilisé.

On fera quatre à cinq injections, puis on attendra la décoloration des téguments pour en refaire une ou deux. On devra toujours donner un traitement général et reconstituant.

Le syphilitique cancéreux a doublement besoin d'un traitement réparateur. La liqueur de Fowler associée au vin de Condurango, les injections de cacodylate de soude, l'arrhénal, sont indiqués et peuvent être associés à la quinine.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Diverticule de la vessie, par Moran (*Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 15 février 1907). — Il s'agit d'un malade de 70 ans, qui présentait des signes fonctionnels et physiques de cystite, avec des rétrécissements multiples de l'urètre d'origine blennorragique. Après électrolyse et dilatation, l'exploration de la vessie faisant sentir un calcul immédiatement au-dessus du col, on tente une lithotritie, mais sans pouvoir arriver à saisir le calcul qui paraît enchatonné. Alors on fait la taille hypogastrique et on tombe sur une poche située à la face antérieure de la vessie et communiquant avec elle par un conduit de deux centimètres de longueur. Cette poche contient un calcul phosphatique volumineux, ses parois sont minces, elle est très étendue et remonte sous la paroi abdominale jusqu'à douze centimètres environ du pubis, elle est adhérente aux organes voisins et son volume est deux fois plus grand que celui de la vessie : pour toutes ces raisons on renonce à faire l'ablation, on la marsupialise et on met une sonde à demeure. Dans la suite, la portion marsupiralisée s'est mortifiée en partie, mais la fistule a fini par se fermer spontanément et definitivement deux mois après l'opération.

M. Deschamps.

Cystite tuberculeuse et tuberculose rénale, par Rosving (*Arch. f. klin. Chir.*, janvier 1907). — La cystite tuberculeuse provient presque toujours d'une tuberculose rénale : la tuberculose vésicale isolée ou la tuberculose vésicale par propagation d'une tuberculose génitale sont exceptionnelles.

Le traitement consiste d'abord à enlever le rein malade, le diagnostic du rein atteint sera fait par le cathétérisme urétéral ; si celui-ci est impossible, l'auteur n'hesite pas à faire l'incision exploratrice des reins.

Une fois le rein enlevé, la cystite tuber-

culeuse peut guérir spontanément : on peut cependant l'aider par des instillations vésicales d'acide phénique à 6 p. 100, traitement préconisé par l'auteur.

M. DESCHAMPS.

Traitement d'une tuberculose testiculaire par les rayons X, par W.-B. DE CARMO (*Medical Record*, B. 1. 67, n° 15). — Il s'agit d'un homme de 56 ans, qui avait déjà subi l'ablation du testicule gauche pour tuberculose. Son testicule droit s'étant pris à son tour, on songea à un traitement conservateur. Il subit 126 séances de radiothérapie, de 10 minutes chaque, au bout desquelles les phénomènes douloureux disparurent, et le testicule revint à son volume normal; les lésions tuberculeuses semblent guéries.

M. DESCHAMPS.

L'adénome vrai dans le testicule ectopique, par LECÈNE et CHEVASSU (*Revue de Chirurgie*, 10 février 1907) — Les tumeurs décrites par Langhans sous le nom d'adénomes du testicule sont, en réalité, des tumeurs complexes, constituées par des tissus variés (cartilage, fibres lisses, etc.), et auxquelles il convient mieux de donner le nom d'embryomes.

Sous le nom d'adénome vrai du testicule, les auteurs décrivent des petits noyaux qu'ils ont trouvés dans cinq cas de testicule ectopié, dont deux appartenaient à des pseudo-hermaphrodites; ils en rapportent un sixième cas identique, publié par Pick.

Macroscopiquement, le testicule ectopié n'est pas augmenté de volume; il a ordinairement celui d'une noisette; rien, à l'extérieur, ne peut faire penser à l'existence d'un noyau anormal. A la coupe, on voit une zone arrondie ou irrégulière, isolée ou multiple, d'apparence blanchâtre, translucide, tranchant par sa couleur sur le reste de la glande jaunâtre et opaque ; l'aspect rappelle celui des nodules tuberculeux. L'examen histologique montre que ces noyaux sont constitués par une capsule fibreuse, isolant un amas de tubes pelotonnés à lumière très étroite et présentant une paroi conjonctive tapissée de cellules cylindriques très nombreuses et très tassées, à gros noyau très coloré; dans la lumière très étroite des tubes, se trouve une formation arrondie éosinophile, analogue aux sympexions des acini prostatiques. Ces tubes semblent bien se continuer par d'insensibles transitions avec les tubes séminifères voisins; ils ne peuvent donc pas être considérés comme des débris embryonnaires.

Ces tumeurs ne sont pas autrement connues; elles n'ont pas d'histoire clinique. Sont-elles susceptibles de se transformer un jour en tumeurs malignes? C'est possible, mais aucun fait jusqu'ici ne permet d'en fournir la preuve.

M. DESCHAMPS.

Septicémies gonococciques (*Journal des Praticiens*, 2 février 1907). — La découverte du gonocoque dans le sang de certains blennorragiques a éclairé depuis longtemps la pathogénie de certains accidents observés au cours de la blennorragie. Ces accidents ont été bien étudiés, récemment par Faure-Beaulieu.

Il est exceptionnel que ces accidents septicémiques soient antérieurs à la localisation urinaire : généralement ils succèdent soit à l'uretrite chez l'homme, soit à la vaginite chez la femme, ces localisations urinaires pouvant elles-mêmes être propagées aux organes voisins (trompes, épididymes, etc.).

Les causes prédisposantes à la généralisation du gonocoque sont : 1° le terrain, la déchéance physiologique (diabète, convalescences de maladies graves, etc.); 2° la virulence spéciale de certains éléments pathogènes, certaines races de gonocoques se généralisant plus volontiers.

Le plus souvent le gonocoque se localise sur certains organes ou viscères, qui sont dans l'ordre de fréquence : les articulations, l'endocarde, les poumons, les reins, les méninges, la peau (purpura, érythème noueux, érythème polymorphe, abcès sous-cutanés) ; les péricardites et les myocardites sont beaucoup plus rares que les endocardites.

La fièvre présente le plus souvent le type intermittent, plus rarement le type rémittent ou continu. L'examen du sang montre de l'anémie et une leucocytose polynucléaire, la rate est augmentée de volume.

La guérison survient dans 70 p. 100 des cas ; dans tous les cas mortels, sauf deux, il y avait de l'endocardite.

Le diagnostic bactériologique se fait en ensemençant 10 à 20 cc. de sang retiré aseptiquement d'une veine du pli du coude,

dans 500 cc. d'eau peptonisée. Cette ponction peut servir à faire une injection de collargol.

Le traitement est celui des septicémies en général : injection ou friction de collargol, quinine, boissons diurétiques.

M. DESCHAMPS.

Contribution à l'étude du cancer de la prostate, par MOTZ et MAJEWSKI (*Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 1er février 1907). — De l'étude de soixante cas de cancer de la prostate, les auteurs, après avoir exposé le résultat de leurs recherches anatomiques et histologiques, tirent quelques conclusions cliniques et thérapeutiques.

Les névralgies (lumbago, sciatique, douleurs périnéales, crurales, dans la verge, etc.) doivent faire penser au cancer : elles n'existent pas dans l'hypertrophie simple; elles résultent des travées cancéreuses de propagation qui englobent les rameaux nerveux de la région. Les malades qui présentent ces irradiations douloureuses sont inopérables, le chirurgien courrait à un échec certain en intervenant.

Les hématuries, lorsqu'elles ne sont pas dues à la cystite ou au traumatisme, résultent d'une propagation cancéreuse aux parois urétrales ou vésicales, et jamais de la congestion prostatique : l'intervention est donc contre-indiquée quand l'hématurie se montre au début.

La durée ne dépasse ordinairement pas dix mois, à partir du début des symptômes : le début est presque toujours marqué par des troubles de prostatisme.

L'intervention ne peut être tentée avec quelque chance de succès que lorsque le toucher montre que la prostate est seule prise, après examen endoscopique de l'urètre et de la vessie.

D'après la statistique des cas publiés par les différents auteurs qui se sont occupés de cette question, il semble que les résultats de la cure radicale dans le cancer de la prostate sont franchement mauvais, et qu'il n'existe pas un seul cas de guérison définitive. Un malade de Pousson et un d'Albarran étaient en bon état neuf et huit mois après l'opération, et encore le cas de Pousson était un adéno-épithélioma constaté à l'examen histologique; or, ce genre de tumeur est souvent d'une malignité minime.

M. DESCHAMPS.

Pathologie et traitement de la néphrite, par RALPH WEBSTER (*The Am. J. of the med. sc.*, fév. 1907). — Chaque cas de néphrite doit être traité pour lui-même, suivant ses propres indications. Le régime est l'élément de traitement le plus important. On commence par une diète relative durant quatre ou cinq jours. La sévérité de la diète dépendra de l'intensité du processus, comme le montrent l'oligurie et l'œdème. Il faut ici juger la gravité de la maladie plutôt d'après les symptômes généraux que d'après la quantité d'albumine ou le nombre des cylindres.

Dans la néphrite aiguë il est irrationnel de prescrire un régime lacté absolu avec de l'eau. Le principal effet de ce traitement est de surcharger le sang de matériaux qui ne peuvent être excrétés, d'où l'augmentation de l'œdème, la surcharge cardiaque et le danger d'hypertrophie du cœur.

Dans les cas moins graves, avec oligurie modérée, le lait, auquel on ajoute un peu de carbonate de chaux, ne doit pas dépasser un litre et demi, et le reste des calories nécessaires est fourni par de la graisse sous forme de crème et de céréales. Les viandes doivent d'abord être proscrites, en raison de leur teneur en acide urique, purines, créatinine.

Dans la dernière période de la néphrite aiguë, on peut augmenter progressivement l'alimentation, en évitant l'excès de protéides. Il faut éviter même, à cette période, de donner, comme on le fait souvent, trois ou quatre litres de lait. On se rappellera qu'il n'existe aucune différence entre les viandes rouges et blanches au point de vue de leur influence sur la régénération des reins.

Dans la néphrite chronique, si on a affaire au type interstitiel, il arrive un moment où le malade doit être traité comme un cardiaque. On devra limiter la quantité des boissons, même du lait. On évitera les condiments, les radis et le céleri; les fruits sont permis ainsi que les asperges. L'usage du café, du thé, de l'alcool et du tabac doit être modéré. La déchloruration est le plus souvent utile, mais on a trop généralisé. On surveillera soigneusement les fonctions digestives et les fonctions du foie.

Le traitement hygiénique et physique a une grande importance. Dans les formes aiguës, on aura recours aux diaphorétiques et aux purgatifs. Mais si le cœur faiblit, on s'abstiendra des premiers.

Dans les cas chroniques, l'hydrothérapie joue un rôle adjuvant considérable. L'exercice est nécessaire, mais ne doit pas être excessif. Le climat doit être sec.

Comme traitement symptomatique, on observera trois indications : maintenir l'équilibre cardio-vasculaire, régler les œdèmes, régler les fonctions de l'intestin et du foie. Il n'y a pas d'indication de l'emploi de la digitale, tant que le cœur est compensé; la digitale intervient dès que l'œdème prend le type cardio-rénal. La pression cardiaque doit être traitée par le régime, puis par les dépresseurs vasculaires, les nitrites.

On surveillera l'arrivée des symptômes urémiques, et on les combattra par les alcalins, les purgatifs et les diaphorétiques. La saignée est indiquée si la pression sanguine est trop élevée; les injections salines constituent, dans l'urémie, un traitement éliminateur.

L. Jumon.

Tube pour la stérilisation instantanée des sondes, par Dupuy (*Société médico-chirurgicale*, 11 février 1907). — Ce tube est un tube de verre, portant à chacune de ses extrémités un bouchon. Un bouchon est traversé par le col d'une ampoule, qui contient de la formaline à 1 p. 100; l'autre bouchon est traversé par un tube témoin contenant une substance fusible à 60° et changeant de couleur. On chauffe l'ampoule de formaline, et, au bout de trois à dix minutes, le tube témoin change de couleur; les sondes sont alors stériles, comme on a pu s'en rendre compte expérimentalement, en opérant sur quarante sondes sales, mises dans le tube sans avoir subi aucun lavage : aucun des tubes de bouillon ensemencé n'a poussé.

Le trioxyméthylène, chauffé momentanément, n'assure pas la stérilisation des sondes, même au bout de vingt-quatre heures.

M. Deschamps.

Sur la prostatectomie, par Pousson, Carlier, Bazy (*Bull. de la Soc. de chir.*, 5, 12 févr.). — Pousson préfère la voie rsus-pubienne à la voie périnéale, et les aisons de cette préférence sont les suivantes : Cette voie est plus simple, il n'y a que le cul-de-sac péritonéal à éviter, ce qui est facile avec la position de Trendelenburg; par le périnée le chemin est plus compliqué; il faut éviter le bulbe urétral et le rectum ; si on évite la blessure du rectum; on n'est pas sûr qu'il ne se mortifiera pas secondairement en un point qui restera fistuleux. L'énucléation par la voie haute est plus facile et plus complète; par la voie périnéale, on est la plupart du temps obligé de morceler la glande, et on n'est jamais sûr d'avoir tout enlevé. Le rapprochement anormal des branches ischio-pubiennes où l'épaisseur du périnée chez certains obèses rendent difficile la découverte de la prostate par la voie basse. L'hémostase est facile par la voie transvésicale, surtout en s'aidant d'une lampe électrique, elle peut se faire par ligature, ou par attouchement au thermo, à l'antipyrine, à l'adrénaline, presque toujours simplement par le tamponnement ; l'auteur recommande de tamponner, non pas la loge prostatique, mais la région du col vésical, en rabattant la muqueuse du col sur le fond cruenté de la loge prostatique. Le drainage se fait très bien par les gros tubes de Guyon-Périer ou par le drain de Freyer, auquel on adapte un capot métallique avec embout latéral adapté à un tube recueillant l'urine dans un bocal, de façon qu'elle ne souille pas le pansement.

La durée de la cicatrisation est plus courte, ce qui est précieux pour les vieillards qui supportent mal le séjour au lit. Les résultats éloignés doivent être meilleurs, puisque la prostate est enlevée plus complètement. La vessie doit être ouverte largement, pour pouvoir inciser largement aussi la muqueuse vésicale et ménager un lambeau qui vienne s'appliquer sur le fond de la région cruentée après l'ablation de la glande ; celle-ci doit être enlevée d'un seul bloc, sans ménager l'urètre, l'opération est ainsi plus rapide et les résultats ne sont pas moins bons. La sonde à demeure n'est placée que lorsque le drain est supprimé, c'est une sonde béquille en jonc, un numéro 24 à 26, à 6 ou 8 trous.

Carlier met la sonde à demeure tout de suite, de façon à bien laver la vessie : il insiste sur la nécessité de s'aider d'un doigt placé dans le rectum, c'est le seul moyen d'être sûr d'enlever complètement la prostate. L'incision de la muqueuse doit être faite assez profondément, sur les 4/5 du pourtour du col, de façon à créer une large brèche destinée à réaliser l'affaissement complet du col vésical, et à empêcher la formation d'une nouvelle barrière qui en-

tretiendrait encore un bas-fond en arrière d'elle.

Bazy se sert également dans certains cas de la sonde grillagée à plusieurs trous qui porte son nom : il adapte aussi au drain un tube de verre coudé et un long tube de caoutchouc qui conduit l'urine dans un urinal : ce dispositif avec la sonde à demeure lui permet de faire, dans certains cas, l'irrigation continue de la vessie. Tous les cas de prostatectomies qu'il a faites pour prostate hypertrophiée lui ont donné des résultats parfaits, mais, dans un cas où la prostate n'était pas hypertrophiée, le resitu vésical est resté le même après l'opération. Il opère aussi toujours par la voie transvésicale.

M. DESCHAMPS.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Les convulsions chez l'enfant : traitement, par le Pr WEILL (*Rev. intern. de méd. et de chirurgie*. 25 février 1907). — On évitera au petit éclamptique toute excitation cérébrale, tout écart de régime : on luttera contre la constipation, l'helminthiase, etc.

En cas d'affection fébrile, on usera du drap mouillé, des bains froids ou tièdes, de la glace sur la tête.

Le *traitement de l'accès* proprement dit consistera en inhalations de chloroforme, si toutefois il n'y a pas d'indigestion. La tolérance de l'enfant au chloroforme est remarquable; l'auteur l'a employé chez un enfant de deux mois. On doit le préférer à l'éther dont les doses à absorber doivent être beaucoup plus considérables pour obtenir le même effet.

On fera respirer V, VI gouttes sur un mouchoir : les convulsions cesseront pour reprendre moins violentes; on continuera alors l'administration au moment des crises en la suspendant pendant leurs intervalles, jusqu'à disparition complète.

On peut également avoir recours aux bains tièdes prolongés une heure ou deux, ils n'ont aucune contre indication.

Les injections de sérum artificiel à la dose de 25 à 50 centimètres cubes deux ou trois fois par jour ont donné parfois de bons résultats. L'auteur les recommande plus spécialement dans les éclampsies avec température élevée, sécheresse des muqueuses, dysurie et ralentissement de la circulation périphérique.

Dans les convulsions asphyxiques, on se trouvera bien des inhalations d'oxygène.

Il faudra aussi éviter le retour des accès, et pour cela on administrera du chloral ou du bromure. Le chloral a une action très rapide; chez le nouveau-né, on donnera des doses de 0.03 à 0.05 centigrammes; chez le nourrisson, de 0.05 à 0.15 centigrammes; ces doses pourront être renouvelées trois, quatre, cinq fois par jour; en lavement, on emploiera des doses doubles.

Le bromure peut être donné à des doses très fortes, 1, 2 et même 3 grammes par jour. L'auteur n'a jamais eu d'accidents avec cette pratique.

E. VOGT.

Traitement des enfants atrophiques, par le Dr LUIS CARDONA (*Thèse de Doctorat*, Madrid 1906). — L'insuffisance de la croissance, qui n'est pas due à une insuffisance alimentaire, est toujours la manifestation d'une toxi-infection. Les facteurs généraux des états atrophiques sont l'insuffisance de la digestion et la perturbation des échanges nutritifs, d'où découlent les indications suivantes : a) favoriser le travail digestif ; b) stimuler l'activité fonctionnelle des épithélimes ; c) hydrater l'organisme de l'enfant ; d) stimuler la nutrition ; e) le réchauffer ; f) éviter les infections secondaires.

La première indication est remplie par le lait et les hydrocarbures L'alimentation au sein, s'il n'y a pas contre-indication (gastro-entérite), est celle à laquelle on doit recourir dès le commencement. Si le sein n'est pas toléré, on doit essayer l'alimentation mixte avant de recourir à une autre alimentation.

Si l'enfant ne la supporte pas bien, on doit recourir aux laits d'animaux dans les cas légers, et aux hydrocarbures dans les cas graves.

Nous devons choisir les laits digérés par des procédés artificiels, et, en premier lieu, le lait de Backhaus modifié ou le lait d'Allenburg. Le suc gastrique de porc réussira aussi souvent.

Le lait d'ânesse, très pauvre en graisse, peut être utilisé pendant un certain temps.

Le lait de vache, simplement dilué, est rarement toléré par les enfants athrepsiques âgés de quelques mois ; quand ils ont cinq ou six mois ils le tolèrent souvent.

L'observation objective de l'enfant sera le seul guide pour déterminer le degré de concentration du lait et fixer le moment où l'on doit l'abandonner.

Le lait cru sera préféré au bouilli, à condition qu'on soit sûr qu'il ne contient pas de bactéries.

Le régime hydrocarboné est le régime par excellence des enfants atteints de gastro-entérite chronique, de dyspepsie grave, d'athrepsie ou atrophie. Chez les enfants qui ne supportent pas une alimentation abondante en albumine ou graisses, l'hydrate de carbone doit compléter le nombre de calories.

Les farineux favorisent la digestion et l'assimilation des albuminoïdes et diminuent les putréfactions intestinales.

Le bouillon de légumes de Méry, d'une valeur alimentaire insuffisante, employé transitoirement, permettra à l'enfant affecté de troubles digestifs francs de reprendre vigueur et poids, en attendant le moment où il sera possible de recommencer à nouveau l'alimentation lactée.

Le soupe de Liebig est une préparation à base de lait et de farine de blé, dont l'amidon a été diastasé au moyen de l'extrait de malt et d'une substance alcaline.

La soupe de malt de Keller se distingue de celle de Liebig par la plus grande dilution du lait, la moindre proportion de farine et la plus grande quantité d'extrait de malt. Elle donne de bons résultats.

Le sérum écrémé acide produit d'excellents résultats dans les processus d'atrophie essentielle, de dyspepsie chronique, etc. Les résultats qu'on obtient sont d'autant plus favorables que l'enfant est plus âgé.

L'action prolongée de ce régime produit des troubles de la nutrition. Quand l'enfant n'aura plus de troubles digestifs, que la courbe du poids sera normale, on cessera ce régime peu à peu.

La médication saline est le plus puissant moyen pour lutter contre la deshydratation. Elle agit en remplissant les vaisseaux. La rétention chlorurée ne peut s'expliquer que par une lésion rénale.

Avec la médication phosphorée on obtient une stimulation de la nutrition : l'assimilation augmente et la désassimilation diminue. Au bout d'un certain temps elle perd son action. Avec les injections de sérum de Chéran modifié, l'auteur a obtenu des résultats satisfaisants. Les injections de sérum artificiel sont contre-indiquées dans la tuberculose. La voie rectale pour les injections salines n'offre aucun avantage.

Les injections de sérum de cheval produisent un effet stimulant sur la nutrition, semblable à celui qu'on obtient avec le sérum artificiel. Elles sont aussi contre-indiquées dans la tuberculose.

Le sérum de bœuf produit de bons résultats dans tous les états cachectiques et dans la tuberculose.

L'acide formique diminue l'élimination du phosphore et augmente le poids de l'enfant.

F. Berini.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT,

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Hématuries dues au salicylate de soude à doses médicinales, par J.-D. Marshall (*Lancet*, 2 fév. 1907). — Une fillette de dix ans fut admise à l'hôpital pour un rhumatisme articulaire aigu. Les pieds, les genoux et les hanches étaient douloureux. Il existait aussi de l'endocardite et le cœur était légèrement augmenté de volume. La température était à 38°4 et le pouls à 120. On donna toutes les heures, pendant quatre jours, 0,90 centigrammes de salicylate de soude avec une quantité double de bicarbonate de soude; l'enfant eut alors du délire et des vomissements. On supprima le salicylate et le délire disparut rapidement, la température redevint normale. Dix jours plus tard, récidive du rhumatisme. On donne 0,40 centigrammes de salicylate de soude trois fois par jour pendant deux jours. Les vomissements recommencent, il n'y a pas de délire, mais l'urine contenait du sang en quantité suffisante pour colorer l'urine. Antérieurement, l'urine ne contenait ni sang ni albumine. La région des reins était douloureuse. On supprima le salicylate. La quantité de sang de l'urine diminua rapidement et l'urine redevint absolument limpide. La douleur de la région du rein rappelant celle des calculs du rein disparut complètement. La malade n'avait en

antérieurement aucun symptôme du côté des reins. Il est à noter que les symptômes étaient limités à un seul côté. On a observé l'hématurie avec le salicylate, mais rarement comme ici, avec de petites doses.

L. JUMON.

Le camphre et l'éther employés à dose plus élevée que de coutume, par JANOWSKI (*Medycina* et *Vratchebnaya gaz.*, 1907. N° 9). — Une longue expérience a montré à l'auteur que le camphre et l'éther, pour en obtenir tous les effets désirés, doivent être administrés à dose beaucoup plus considérable que celle à laquelle on les emploie d'habitude. En ce qui concerne le camphre, Janowski recommande de se servir d'une solution huileuse à 25 p. 100 de cette substance pour les injections hypodermiques, en cas de collapsus, et d'en injecter 10, 15 et même 20 seringues de Pravaz, en l'espace d'une à deux heures, dans les cas graves. En procédant de la sorte, l'auteur n'a jamais observé de phénomènes d'intoxication et l'effet obtenu était si complet qu'on pouvait se passer de musc et de caféine. Au fur et à mesure de l'amélioration de l'état du malade, ces injections sont faites de moins en moins fréquemment. Les deux ou trois jours qui suivent, on donne le camphre à l'intérieur, par prises de 0 gr. 10. La meilleure façon de pratiquer les injections d'huile camphrée à 25 p. 100, est de les faire profondément sous la peau de la région hypogastrique. Elles sont presque indolores si l'on prend la précaution de bien essuyer l'aiguille pour qu'elle ne soit pas mouillée d'huile camphrée.

Janowski administre le camphre à l'intérieur dans toutes les maladies infectieuses aiguës, dès que les bruits du cœur deviennent sourds, mal frappés et que le pouls se fait arythmique. Il le prescrit alors par prises de 0 gr. 12, répétées quatre à six fois dans les vingt-quatre heures. Dans les cas graves, tout en continuant l'usage interne du camphre, il fait encore quelques injections hypodermiques d'un gramme d'huile camphrée à 25 p. 100.

L'auteur a également recours au camphre dans les affections cardiaques et rénales, ce médicament renforçant l'action de la digitale et d'autres toniques du cœur, ainsi que celle des diurétiques. Il a coutume d'associer à ces médicaments des prises de 0 gr. 12 à 0 gr. 20 de camphre, répétées trois à cinq fois dans la journée. On n'observerait jamais de phénomènes d'intoxication camphrée, même chez les néphrétiques.

Pour ce qui en est des injections hypodermiques d'éther dans le traitement du collapsus, l'auteur y a rarement recours, la médication camphrée remontant complètement la plupart des malades ; mais, dans certains cas très graves où le camphre à lui seul ne suffit pas, on est obligé d'employer l'éther. Il en injecte alors pas moins de *cinq* seringues de Pravaz *à la fois* et, au besoin, il répète ces injections, relativement massives, d'heure en heure, parfois même plus souvent, en alternant avec les injections de camphre. Les résultats sont excellents, notamment chez les alcooliques. On produirait de la sorte de véritables résurrections. Aucune intoxication ne serait à craindre.

V. DE HOLSTEIN.

Préparation agréable d'huile de ricin (*Journal de médecine de Paris*, n° 8, Dimanche 24 février 1907, p. 75.)

Saccharine	0.12 centigr.
Essence de menthe poivrée.	V gouttes.
Alcool.....	Q. S. p. dissoudre.
Ajouter :	
Huile de ricin.....	240 grammes.

PIERRE SÉE.

De l'électro-ionisation transtympanique, par A. MALHERBE (*Bulletin médical*, 2 mars 1907). — L'auteur a expérimenté la décomposition électrique de certains médicaments au contact du tympan, suivant la méthode préconisée par Leduc (et bien avant lui par Foreau-Gautier). Il emploie des solutions de chlorure de sodium, d'iodure de potassium, de nitrate de pilocarpine à des titres variant de 2 à 5 p. 100 ; un tampon d'ouate imbibé de la solution choisie est porté, à l'extrémité d'un stylet métallique relié au pôle négatif, contre la membrane du tympan.

L'électrode positive est constituée par une bougie métallique dont l'extrémité, terminée par une olive en platine, est introduite par la trompe d'Eustache jusque dans la caisse.

Si on fait usage de la solution de pilocarpine, la position des électrodes doit être renversée.

D'après M. Malherbe, les deux électrodes ainsi placées ne se trouvent séparées que par l'épaisseur du tympan; or, il est re-

connu qu'une bougie poussée dans la caisse par la trompe d'Eustache se dirige en arrière et en haut vers l'antrum et passe en arrière du manche du marteau, c'est-à-dire à une certaine distance du tympan.

Les électrodes reliées à une pile à courant continu par l'intermédiaire d'un rhéostat, on fait passer un courant qui atteint jusqu'à 3 à 4 milliampères, pendant 7 à 8 minutes pour chaque oreille ; on fait trois séances par semaine.

L'action de l'électricité a pour effet de libérer les ions chlore et iode du pôle négatif et les ions pilocarpine du pôle positif. Cette action « se traduit par la résolution des formations scléreuses et cicatricielles ». L'auteur ne dit pas si ces modifications sont constatées dans l'otite scléreuse ou dans l'otite cicatricielle résultant d'une suppuration. Dans le premier cas, les formations scléreuses ne peuvent être constatées objectivement; on ne peut donc constater davantage leur disparition ; le bénéfice d'une médication ne se traduit que par l'amélioration des troubles fonctionnels.

M. Malherbe a traité des cas de catarrhe purulent de la caisse par une solution de chlorure de zinc à 1 p. 100 reliée au pôle positif ; après la séance, on constate que la muqueuse est comme anémiée et elle ne reprend sa coloration normale que lentement.

Depuis les travaux de Gautier, on sait que le passage du courant dans une électrode positive représentée par un métal soluble : cuivre, zinc, argent, a pour effet de donner lieu à la formation de l'oxychlorure du métal employé ; M. Malherbe aurait donc obtenu ce même sel en se servant d'une simple tige de zinc, comme électrode, au lieu d'une solution de chlorure de zinc.

A. Courtade,

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Les titres des articles médicaux. — Le Pr Neisser (de Breslau) proteste dans le *Berlin. klin. Wochennschrift* contre la rédaction peu claire de nombre de titres d'articles médicaux, faisant perdre un temps précieux aux savants obligés de consulter la littérature sur un sujet donné. Pourquoi, par exemple, intituler un travail: « Remède nouveau de la blennorragie » au lieu de donner le nom du remède et d'indiquer son degré d'efficacité.

Beaucoup d'auteurs s'imaginent qu'en rédigeant leurs titres en termes quasi-sybillins, ils inciteront le lecteur à lire attentivement leurs productions. En présence du nombre toujours croissant des publicatons médicales, ce calcul est erroné, car on n'a plus aujoud'hui le temps de lire tout ce qui se publie.

Neisser recommande en passant d'imiter les auteurs français, qui pour la plupart terminent leurs œuvres par un résumé clair et concis. Il insiste aussi sur l'emploi de caractères d'imprimerie différents, sur la division en chapitres etc. Il voudrait enfin voir disparaître le classique *Loc. citat.*, qui oblige trop souvent à d'interminables recherches.

Maladies des voies urinaires. — (*Hôpital Necker.*) Professeur : M. Albarran. — Un cours complet des maladies des voies urinaires aura lieu à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Albarran, à partir du 8 avril. D'une durée de 3 mois, il comprendra environ 80 leçons: la symptomatologie et le diagnostic seront développés et exposés avec présentation de malades. Les élèves seront exercés à l'examen direct des malades, ainsi qu'au maniment des cystoscopes et des différents instruments de la pratique urinaire.

Les leçons auront lieu 3 fois par semaine, à la salle de la Terrasse, à partir de 2 h 1/2.

Pendant le premier mois, les élèves seront tenus de suivre, tous les matins, la consultation de la salle de la Terasse; pendant les deux mois suivants, ils devront assister aux visites de M. le professeur Albarran, dans les salles et leçons cliniques.

Le nombre des élèves est limité.

Pour les conditions s'adresser au Dr Erzbitschoff, chef de clinique à l'hôpital Necker.

Faculté de médecine. — M. le Professeur Albert Robin reprendra son cours de *Clinique thérapeutique* à l'Amphithéâtre de l'Hôpital Beaujon, le jeudi 11 avril, à 10 h. du matin et le continuera les jeudis suivants, à la même heure

BIBLIOGRAPHIE

Evolution et transformisme ou les Lois de l'Univers, par ALBERT et ALEXANDRE MARY. Tome IIIe. — *Les Secrets de la vie*. 1907, in-8, 10 planches hors texte, 1 arbre généalogique. Paris : 3 fr. 50.

Les deux premiers volumes du *Transformisme* ont rajeuni la question de l'origine des organismes et les vues nouvelles contenues dans ces travaux marquent une étape importante dans la philosophie de la science.

Voici maintenant le troisième volume, remarquable par la variété et la profondeur des sujets traités. Les auteurs y prouvent par une multitude d'observations rigoureuses que la vie est une propriété de la matière, et que les lois physico-chimiques régissent tout, depuis le mouvement des atomes jusqu'à la vie morale de l'homme.

Ce travail se recommande, non seulement par son caractère d'irréfutable logique, mais encore par la chaleur et l'éclat du style et par la noble conciliation du matérialisme scientifique avec la sentimentalité humaine.

Les Ions et les Médications ioniques, par Stéphane LEDUC, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes. 1 brochure grand in-8° de 40 pages, de l'*Œuvre Médico-Chirurgicale*. (Masson et Cie, éditeurs), 1 fr. 25.

L'attention du monde médical s'est portée, depuis quelques mois, sur la thérapeutique ionique et nombreux sont les médecins qui désirent se documenter sur cette question. La monographie qui vient de paraître, sous le titre : *Les Ions et les médications ioniques*, comblera les désirs des praticiens avides de se tenir au courant de cette branche nouvelle de l'art de guérir. Le professeur Leduc, dont les travaux sur les cellules artificielles ont fait tant de bruit ces temps derniers dans le monde savant, y expose, avec sa clarté habituelle, ce qu'on doit entendre par ions, par dissociation électrolytique, et quelles applications pratiques le thérapeute peut tirer de ces notions si importantes en physiologie cellulaire. — Le docteur Leduc étudie d'abord la pression osmotique, phénomène essentiel des processus vitaux, passe ensuite à la description des ions, de l'électrolyse des tissus vivants et s'arrête longuement aux médications électrolytiques, chapitre dont l'importance pratique est de premier ordre. Dans une dernière partie, l'auteur expose le traitement électrolytique des affections cérébrales et de la neurasthénie, méthode à laquelle paraît destiné le plus bel avenir.

Devant les ions s'ouvre aujourd'hui l'immense territoire de la chimie et de la biologie ; leur étude s'impose à tous les esprits désireux de ne pas toujours dormir sur le mol oreiller des connaissances anciennes et des enseignements classiques : l'*Œuvre médico-chirurgicale*, toujours à l'affût des nouvelles découvertes médicales, ne pouvait mieux faire que de consacrer une de ses monographies à un travail d'une si grande importance scientifique et pratique.

L'Arthritisme, et son traitement par les courants de haute fréquence et de haute tension, par le Dr E. BONNEFOY, 1 vol. in-16 de 240 pages, 4 fr. (Librairie J.-B. Baillère et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Le Livre du Dr Bonnefoy n'est pas un ouvrage de science théorique. C'est le fidèle exposé, écrit pour les médecins par un médecin, de faits cliniques observés sur les malades chez la plupart desquels la thérapeutique ordinaire s'était jusque-là montrée impuissante. M. le professeur d'Arsonval qui, d'abord par l'ingéniosité de ses appareils pour la production des courants de haute fréquence, puis par les célèbres recherches physiologiques auxquelles il s'est livré pour déterminer l'action de ces courants sur l'économie, a ouvert à la thérapeutique des maladies considérées jusque-là comme à peu près incurables un vaste champ d'application : « J'ai montré, dit-il, que la haute fréquence est un puissant modificateur de l'organisme ; là se borne, pour le moment, mon rôle de physiologiste. Aux médecins d'en tirer tout le parti possible. »

Voici un aperçu des matières traitées dans le livre du Dr Bonnefoy.

Physiologie de la circulation. — De l'arthritisme. Théorie microbienne et héréditaire. — Causes de l'arthritisme. Causes infectieuses et nerveuses. — Courants de haute fréquence et de haute tension. — Action thérapeutique. — Faits cliniques. Troubles trophiques généraux. Ralentissement de la circulation. Hypertension artérielle. Artério-sclérose. Emphysème pulmonaire et asthme. Obésité. Diabète. Goutte. Névrites et polynévrites. Névralgie sciatique. Lithiases biliaire et urique. Maladie de Raynaud. Radiodermites. Dermatoses arthritiques. Psoriasis. Acné. Eczéma. Troubles trophiques et vaso-moteurs du système lymphatique. — Moyens adventifs pour la cure de l'arthritisme. Climat. Eaux minérales. Bain et douche de lumière.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

RENSEIGNEMENTS DIVERS

XVIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Genève-Lausanne, août 1907). — Ce Congrès se tiendra cette année à Genève et à Lausanne, du 1er au 7 août, sous la présidence de M. le professeur Prevost, de Genève.

Travaux scientifiques.

I. Rapports et discussions sur les questions choisies par le Congrès de Lille.

a) Psychiatrie. — Les psychoses périodiques. Rapporteur : M. le Dr Antheaume, de Paris.

b) Neurologie. — Définition et nature de l'hystérie. Rapporteurs : MM. les Drs Claude, de Paris, et Schnyder, de Berne.

c) Médecine légale. — L'expertise médico-légale et la question de responsabilité. Rapporteur : M. le Dr Gilbert-Ballet, de Paris.

II. Communications originales sur des sujets de psychiatrie et de neurologie.

Présentations de malades, de pièces anatomiques et de coupes histologiques. Une séance sera réservée aux démonstrations avec projections lumineuses.

Les adhérents qui auront des communications à faire devront en envoyer les titres et les résumés au secrétaire général avant le 1er juillet.

III. Visite des asiles d'aliénés de Bel-Air, Céry, Marsens.

Programme du Congrès.

Les séances auront lieu à Genève, les jeudi 1er, vendredi 2 et samedi 3 août et à Lausanne, le lundi 5 août.

Le dimanche 4 ne comportera aucune réunion officielle. Le Comité a été informé que des invitations seraient envoyées pour ce jour-là aux congressistes par les stations françaises de Divonne-les-Bains (Ain) et Evian-les-Bains (Haute-Savoie), l'une et l'autre peu distantes de Genève et de Lausanne.

Pour les deux derniers jours du Congrès, mardi 6 et mercredi 7 août, des excursions seront organisées à Montreux, Territet, Glion, Caux, les Rochers de Naye, la Gruyère, etc.

Un programme détaillé des travaux et des excursions sera envoyé ultérieurement à tous les membres adhérents.

Avantages et conditions.

Le Congrès comprend :

1° Des membres adhérents.

2° Les membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent.

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents, de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les trois rapports; après le Congrès, le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Des réductions de tarif seront très vraisemblablement accordées par les Compagnies françaises de chemins de fer. Les membres du Congrès seront invités ultérieurement à faire connaître l'itinéraire qu'ils suivront pour se rendre à Genève.

Prière d'adresser les adhésions et cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au Dr Long, 6, rue Constantin, Genève.

Faculté de médecine de Paris. — *Clinique des maladies des voies urinaires.* — Professeur : M. Albarran. — Un cours complet des maladies des voies urinaires aura lieu à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Albarran, à partir du 8 avril. D'une durée de trois mois, il comprendra environ 80 leçons : la symptomatologie et le diagnostic seront développés et exposés avec présentation de malades. Les élèves seront exercés à l'examen direct des malades ainsi qu'au maniement des cystoscopes et des différents instruments de la pratique urinaire.

Les leçons auront lieu trois fois par semaine, à la salle de la Terrasse, à partir de 2 h. 1/2.

Pendant le premier mois les élèves seront tenus de suivre tous les matins la consultation de la salle de la Terrasse; pendant les deux mois suivants ils devront assister aux visites de M. le professeur Albarran dans les salles et ses leçons cliniques.

Le nombre des élèves est limité.

Pour les conditions s'adresser au Dr Ertzbischoff, chef de clinique à l'hôpital Necker.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE

PAR LES

Drs E. BOUCHUT & A. DESPRÉS

Septième édition mise au courant des derniers Progrès de la Science

Par les Drs **G. Marion** et **F. Bouchut.**

Magnifique vol. de 1590 pages in-8 sur deux colonnes, avec 1097 gravures dans le texte : *Indispensable aux Familles*

Prix : BROCHÉ, **25** FR. ; — RELIÉ, **30** FR.

Le *Dictionnaire de Médecine et de Thérapeutique médicale et chirurgicale* des Docteurs Bouchut et Despréès se trouve depuis nombre d'années entre les mains de tous les Médecins et Chirurgiens et de tous ceux qui ont à s'occuper des malades, dans les pharmacies, hôpitaux, infirmeries et maisons de santé.

La septième édition de ce Dictionnaire, l'un des plus pratiques et des plus utiles, vient d'être publiée par les soins de MM. les Docteurs Marion, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, et Fernand Bouchut.

Tout en respectant la devise des auteurs (*Multa paucis*) les nouveaux collaborateurs ont introduit dans cette édition de nombreuses et intéressantes modifications. La bactériologie, l'électrothérapie, l'hygiène, l'opothérapie, la sérothérapie, dans leurs applications, y ont pris une place importante. En chirurgie, l'instrumentation la plus moderne, les appareils de fractures et de prothèse, les indications et la description des opérations chirurgicales, accompagnées de figures nouvelles et originales, ont reçu les développements que comportent les idées et les progrès les plus nouveaux.

On y retrouvera, mises au courant des découvertes de la science, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontotechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, et *un formulaire spécial pour chaque maladie*. 1097 gravures ornent ce superbe ouvrage de 1590 pages gr. in-8° imprimé sur deux colonnes.

TRAVAUX ORIGINAUX

Tuberculose inflammatoire à forme néoplasique. Les lipomes d'origine tuberculeuse (1),

par M. Antonin Poncet, en collaboration avec M. René Leriche.

L'an dernier, dans une communication à l'Académie de médecine (2), nous avions envisagé le rôle que pouvait jouer la tuberculose inflammatoire dans la production de certaines néoplasies bénignes et spécialement montré comment elle engendrait parfois dans les glandes non seulement l'hypertrophie et la sclérose mais aussi l'adénome typique avec toutes ses formes évolutives.

Cette conception que nous avait indiquée la clinique, et qui s'affirmait par elle seule, devait, dans notre esprit, être généralisée à bien d'autres néoproductions bénignes, à toutes celles qui, de l'avis unanime, semblent exister en marge des tumeurs, et aux limites d'action des processus infectieux.

Depuis lors, nous avons poursuivi nos recherches, et nulle part le rôle de la tuberculose ne nous a paru plus évident que dans l'étiologie des lipomes. C'est ce chapitre nouveau de la tuberculose inflammatoire que nous voudrions étudier aujourd'hui.

Certes, quand nous parlons de lipomes d'origine tuberculeuse, nous n'entendons point dire que tous les lipomes reconnaissent pareille étiologie. Nous sommes loin d'un tel absolutisme. Pour ce point très spécial de pathogénie, comme pour tous ceux que nous avons envisagés jusqu'à présent, nous nous proposons simplement d'attirer l'attention sur le rôle manifeste d'un agent infectieux au premier chef dont on semble avoir méconnu systématiquement l'influence prépondérante et de réclamer pour lui les droits si libéralement accordés à tant d'autres infections moins agissantes. On s'est trop, jusqu'aujourd'hui, attardé à la notion de la tuberculose, maladie essentiellement destructive, tendant toujours à réaliser son processus néfaste de mortification. Quand elle est atténuée dans sa virulence, et c'est là question de race du bacille plutôt qu'affaire de terrain, la tuberculose se comporte comme les infections banales, se mettant par les troubles circulatoires qu'elle engendre au premier rang des maladies qui font de la sclérose et de l'hyperplasie.

(1) Communication à l'Académie de médecine. Séance du 2 avril.

(2) A. Poncet et R. Leriche. Tuberculose inflammatoire à forme néoplasique. Adénomes du sein, du corps thyroïde, d'origine tuberculeuse. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 10 avril 1906.

Dès lors, elle doit avoir sa place dans la pathogénie de toutes les lésions d'irritation chronique. Elle intervient pour les produire de façon indifférente, ne visant pas plus à un monopole étiologique exclusif qu'elle n'atteint, en pareil cas, à une spécificité anatomique.

Tout ceci est pour bien établir dès le début que le lipome vrai est pour nous, dans quelques cas, une production inflammatoire reconnaissant des facteurs multiples; la tuberculose en est un; il y en a d'autres; peut-être est-elle la plus fréquente. Nous ne voulons rien dire de plus.

Avant de développer les différents termes de cette proposition et de montrer par quelle série d'étapes il faut passer pour aboutir à la notion du lipome d'origine uberculeuse, il importe encore d'établir quelques distinctions et de rappeler orièvement les hypothèses successives qui ont voulu expliquer la production des lipomes, depuis le jour où Littré, le premier, les sépara des productious plus ou moins analogues. Ces théories sont légion. Leur nombre suffit pour établir l'indigence de chacune d'elles. Aucune n'est pleinement satisfaisante et ne peut s'adapter à tous les faits. Ceux-ci sont d'ailleurs disparates et une dissociation s'impose. *Les lipomes congénitaux*, tout d'abord, doivent être mis à part ; c'est ce qu'avait pressenti Walther, dès 1814, quand il parlait de nœvus lipomateux, ce que Lannelongue devait plus tard développer dans la thèse de Sénac. Reliquat quiescent d'un angiome guéri ou témoin anormal d'un spina bifida bénin, les lipomes congénitaux n'entrent donc plus en discussion.

Ainsi en doit-il être de ces *tumeurs professionnelles*, résultant de menus traumatismes répétés, comme celles que Verneuil avait décrites au niveau de la nuque chez les forts de la Halle, et celles que Lardies avait vues au creux sus-claviculaire chez les meuniers, etc.

Mais, en dehors de ces cas, il est d'autres lipomes, plus fréquents à coup sûr, pour lesquels toute enquête étiologique reste muette; leur tendance à l'accroissement, leur caractère de persistance indéfinie, leur vitalité propre qui leur permet de conserver leur volume malgré l'amaigrissement du porteur, leur récidive dans certains cas sont autant de caractères qui devraient les faire rattacher aux tumeurs. Aussi en fut-il fait ainsi et il est demeuré classique de considérer le lipome comme la tumeur bénigne du tissu adipeux.

Et pourtant, on paraissait s'y résigner assez mal. S'il n'y avait eu que des lipomes solitaires, l'accord eût été rapide. Mais, troublés par leur fréquente multiplicité, Broca, Cruveilhier crurent devoir parler de *dyscrasie lipomateuse*. Bien que Virchow se fût élevé avec vigueur contre une telle conception qui n'expliquait rien, on continua généralement, en France du moins, à faire intervenir la diathèse et à incriminer l'arthritisme. Le vague de cette formule laissait place à toutes les hypothèses et c'est ainsi qu'on vit naître la *théorie glandulaire*.

Pour Madelung, pour Hutchinson, c'est l'hyper- ou l'hypofonctionnement des glandes à sécrétion interne, de la thyroïde notamment, qui produit le lipome. En fait, on a parfois constaté l'atrophie de cette glande (Klaussner, Türek) ou son hypertrophie (Payr), mais combien souvent ne l'a-t-on pas trouvée normale ?

Avec Grosch, c'est une insuffisance sécrétoire des glandes cutanées, normalement chargées d'éliminer partie des graisses organiques : une cause locale n'intéressant que la sécrétion d'une zone limitée donnerait le lipome solitaire, des causes générales engendreraient les lipomes multiples. Mais Grosch, comme Madelung, ne s'expliquait point sur la nature exacte de ces troubles sécrétoires. Comment et pourquoi se produisent-ils? Existent-ils même réellement? Nul n'a répondu à ces objections, aussi l'hypothèse du lipome par viciation glandulaire n'est-elle restée qu'une ingénieuse vue de l'esprit.

Tout aussi vague, malgré son apparente précision, la *théorie nerveuse*, développée par A. Matthieu, par Bucquoy, défendue par Bouju dans sa thèse, ne semble pas devoir être conservée. Elle avait pour elle la disposition symétrique de certains lipomes, leur coexistence avec des affections nerveuses; dès lors le mécanisme était bien simple, disait-on : sous l'influence d'une intoxication générale à chercher, l'alcoolisme ou l'arthritisme, agents complaisants de tout ce que l'on ne s'explique pas, les cellules grises de la moelle, profondément impressionnées, subiraient une action trophique retentissant à distance, faisant ainsi apparaître des troubles circulatoires d'où résulterait finalement le lipome.

On a peine à s'expliquer aujourd'hui comment une hypothèse aussi imprécise put jouir un instant d'un illégitime crédit.

A la critique, de tout ce qui l'échafaude, rien ne résiste (1) : nous ne croyons pas devoir insister davantage.

Plus séduisante et plus solidement établie, la *théorie ganglionnaire* parut un instant devoir définitivement tout expliquer. Pressentie par Baker et Bowlby, elle fut développée avec toute son ampleur par Launois et Bensaude, et son succès fut grand. On connaît les arguments fondamentaux sur lesquels elle s'appuie : siège des lipomes en rapport avec des groupes ganglionnaires normaux ou aberrants, constatations au sein de la masse graisseuse de ganglions chroniquement enflammés, nets parfois, à peine reconnaissables souvent. Le fait est exact : à vérification, on trouva dans bien des lipomes symétriques un centre ganglionnaire en voie de disparition ; ces prétendues tumeurs n'étaient donc que des adénolipomes. Il était tentant de généraliser. Mais est-ce possible ? En serrant les choses de près, il devient évident que la base réelle de cette théorie la ruine en tant qu'explication pathogénique des lipomes. Ceux-ci sont en effet des tumeurs très pures, uniquement formées de tissu adipeux : la présence d'un réticulum adénoïde et de débris ganglionnaires au sein d'une masse graisseuse, fût-elle encapsulée, suffit pour faire rejeter l'idée de néoplasme. L'adénolipome n'est point un lipome : ce n'est qu'une réaction spécialisée périganglionnaire, accident banal dans l'évolution de tous les foyers chroniquement enflammés. En d'autres termes, si l'on veut, le type clinique judicieusement isolé par Launois et Bensaude est un syndrome où voisinent deux ordres de lésions théoriquement bien différentes : des lipomatoses inflammatoires avec noyau lymphatique central histologiquement

(1) Voir sur la critique de cette théorie. Siredey. *Bull. Soc. médicale des hôpitaux*, 1892.

constaté, et des lipomes vrais, purs de tout alliage ganglionnaire (faits de Reclus (1), de Dieulafoy (2), de Nélaton (3), de Demons (4), etc.). Dans le premier cas, il s'agit d'une forme anatomo-clinique insolite des adénites chroniques ; l'autre correspond à des néoplasies bénignes, aux lipomes classiques. Entre eux, suivant les idées encore régnantes, il y a cloison étanche. Les lipomes ne sont donc point réductibles aux adénolipomatoses, et la théorie ganglionnaire ne saurait prétendre à en expliquer la genèse.

Et pourtant, son nom doit être retenu. En montrant qu'il n'y avait aucune différence histologique entre la masse graisseuse de réaction et le tissu adipeux néoplasique, elle établissait que bien frêle, au demeurant, était la barrière qui séparait parfois les tumeurs des inflammations ; elle incitait à chercher dans les unes l'explication des autres, elle était un acheminement vers une pathogénie plus séduisante parce que plus explicite : celle qui fait du lipome une *néoplasie d'ordre inflammatoire*.

Cette théorie est, en effet, de celles qu'on ne saurait concevoir d'emblée. On n'y peut arriver que par étapes. Surprenante *a priori*, elle s'affirme comme très vraisemblable lorsque, partant de la notion des obésités infectieuses, on songe aux lipomatoses périviscérales plus ou moins diffuses, aux masses graisseuses partiellement enkystées, cristallisées autour d'une épine irritative, tels certains lipomes ostéo-périostiques. En se rappelant encore les pseudo-lipomes des arthritiques dont le développement paraît lié à des flux congestifs répétés, on a sous les yeux toute une série d'échelons qui conduisent à risquer l'hypothèse, l'amas lipomateux s'individualisant progressivement au fur et à mesure que décroît de virulence le foyer d'irritation chronique.

Au terme ultime, on est donc naturellement porté à concevoir la tumeur comme résultant d'un encapsulement plus ou moins parfait (et c'est là un simple phénomène physique de condensation périphérique) de lobules adipeux néoformés sous l'influence d'un agent infectieux distant. Des troubles vasculaires seraient l'intermédiaire histogénétique nécessaire entre l'inflammation et la néoproduction.

En décrivant ainsi les faits, Pierre Delbet, qui a brillamment défendu cette théorie, pouvait affirmer, dès 1896, comme incontestable le rapport de causalité entre l'inflammation et les lipomes.

Depuis lors, son hypothèse s'est progressivement affirmée comme très logique. Sans doute, nul n'a encore résolument osé prendre partie en sa faveur. Quénu semble d'abord se laisser séduire par son élégante simplicité, puis il s'efforce de ne pas se prononcer nettement. D'autres ont fait de même. Mais, néanmoins, l'évolution s'est lentement faite et, aujourd'hui, la théorie inflammatoire est à la veille de devenir classique.

(1) Reclus. In *Thèse* de Quéry, 1897.
(2) Dieulafoy. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1903.
(3) Nélaton. In *Thèse* de Quéry.
(4) Demons. *Journal de méd. de Bordeaux*, août 1899.

Bien que l'existence de l'infection prénéoplasique soit impossible à établir, bien que l'histoire des malades ne dise rien sur ce point, Schwartz et Chevrier, dans un récent article, sont bien près de l'adopter complètement, plus près peut-être même qu'ils ne l'écrivent en la déclarant très vraisemblable. Cherchant, en effet, à s'expliquer la genèse du lipome périostique primitif, après avoir posé en principe que le lipome résulte de troubles vasculaires d'origines diverses qu'ils ne précisent point, ils rappellent la fréquence des ostéomyélites larvées, sans réaction locale, parlent d'infection légère à marche silencieuse, dont on ne reconnaîtra que longtemps après les traces aux lésions qu'elle laisse derrière elle et concluent que cette inflammation nodulaire, localisée aux couches profondes du périoste, entraînera au bout de quelque temps une légère réaction osseuse locale créant une exostose : « Si elle est uniquement superficielle, la réaction osseuse sera absente, mais *les troubles vasculaires inflammatoires pourront déterminer la formation d'un amas lipomateux* : le lipome périostique sera né. »

Et ceci les conduit à écrire quelques lignes plus loin : « Toutes les inflammations aseptiques et les inflammations par infection très atténuée, banale ou spécifique, semblent pouvoir se terminer par une agglomération lipomateuse. La preuve de la nature primordiale de l'inflammation, cause de la tumeur, ne peut être faite. On peut le tenter du moins par examen direct : culture ou inoculation. »

Ces quelques mots résument parfaitement l'état actuel de la question. Il en est de tous les lipomes comme du lipome périostique. Ils sont très probablement d'origine inflammatoire, mais la démonstration rigoureuse n'en est pas encore produite.

Est-ce à dire qu'il faille abandonner l'hypothèse ? Nous ne le croyons pas, et quand bien même les inoculations et les cultures resteraient habituellement négatives, nous serions tentés de poursuivre dans cette voie. En matière d'infection atténuée, les procédés de laboratoire peuvent être insuffisants, l'agent infectieux agit souvent à distance par ses seules toxines ; l'action locale du microbe échappe à toute investigation précise. En bien des cas, c'est donc par la clinique seule que s'avèrera une notion étiologique et c'est à elle qu'il faut s'adresser pour résoudre le problème.

En portant la question sur ce terrain, il est assez curieux de relever la tuberculose latente assez fréquemment chez des porteurs de lipomes : une fois sur cinq ou sur quatre, sinon plus, d'après des observations prises au hasard. Et quand on est aiguillé dans cette voie, quand on cherche méthodiquement, on la trouve plus souvent encore comme l'a bien établi dans son intéressante thèse notre élève Roussel. Parfois les relations sont frappantes entre les deux maladies. Récemment nous avions l'occasion d'observer un homme de cinquante-six ans qui nous fut adressé par M. Chatin. Emphysémateux de vieille date, porteur d'un noyau bacillaire de la queue de l'épididyme, ce malade était entré dans le service du professeur Bondet pour une tuberculose urinaire avérée, datant de quelques mois. En même temps que s'accusaient les troubles rénaux, il avait vu apparaître,

sans raison valable, une série de lipomes symétriques des épaules, des fesses, des cuisses.

Plus souvent les faits sont moins nets, mais si l'on veut y songer l'origine tuberculeuse des lipomes apparaîtra possible et vraisemblable dans nombre de cas. En effet, nulle infection ne réalise comme la tuberculose la série des étapes que nous rappelions tout à l'heure comme conduisant à l'idée de la tumeur, réel produit d'inflammation.

La tuberculose n'est plus aujourd'hui considérée comme la maladie toujours et fatalement cachectisante que l'on avait cru. Il est bien établi que tous les tuberculeux ne sont pas des phtisiques; l'attention a été fixée sur la tuberculose floride et le tuberculeux gras n'est plus un paradoxe ambulant. Il semble même qu'il faille cliniquement et expérimentalement considérer certaines races atténuées de bacilles comme favorisant l'obésité. Carnot (1), auquel on doit d'intéressantes études sur ce sujet, pouvait écrire dernièrement que, parmi les obésités infectieuses, on devait faire une large place « à l'une des plus fréquentes, l'obésité tuberculeuse ».

Rien d'ailleurs ne doit étonner dans cette proposition quand on songe combien il est banal de trouver chez les vieux cavitaires des stéatoses viscérales diffuses.

Ce n'est au reste pas chez de tels malades qu'on voit survenir l'obésité. Celle-ci ne s'observe d'ordinaire que dans les tuberculoses arthritiques fibreuses, bref dans des formes atténuées.

En dehors de ces adiposités diffuses, et dans les tuberculoses locales, n'est-il pas plus classique encore de voir d'énormes amas lipomateux enkystant les foyers bacillaires et tendant à les étouffer. Au pourtour des tumeurs blanches, guéries ou en voie de guérison, la gangue graisseuse est habituelle. De même, tous les chirurgiens ont rencontré autour des reins, de la vessie, au niveau du tuberculome cæcal, de ces périviscérites scléro-lipomateuses, mal délimitées.

L'adéno-lipomatose, type Launois-Bensaude, est-elle autre chose dans bien des cas qu'une réaction graisseuse autour d'un ganglion scrofuleux?

On ne saurait dire que telles lésions relèvent d'infections associées, puisque Carnot les a expérimentalement obtenues sur le pancréas.

Il faut donc en arriver à cette conclusion que l'inflammation tuberculeuse peut engendrer, dans son voisinage, des réactions hyperplasiques intenses et par pure action toxinienne. On est ainsi conduit à se demander si un foyer distant ne serait pas capable des mêmes effets, et si le lipome encapsulé, le lipome tumeur ne ne serait pas, en pareilles conditions, une manifestation périphérique anormale d'une tuberculose latente.

Ce n'est guère qu'une question de nuance, mais, avant d'en venir là, il est encore un stade de transition sur lequel nous voudrions attirer l'attention : il est représenté par le lipome arborescent.

Longtemps décrite comme un néoplasme para-articulaire ou synovial, cette

(1) Carnot, *Revue de la tuberculose*, octobre 1906.

tumeur curieuse paraît de plus en plus aujourd'hui rattachable à l'inflammation chronique et à la tuberculose. Dès 1886, Schmolch (1) avait vu des granulations tuberculeuses envahir un lipome du genou et expressément noté cette évolution histologique. En 1894, Kümmer (2), se basant sur l'existence possible de grains hordéiformes dans ces lipomes, se demandait déjà s'il n'y avait pas là une forme particulière de tuberculose des gaines synoviales. Pourtant, en présence d'examens histologiques et bactériologiques négatifs, il avait cru devoir rejeter la tuberculose en prononçant le mot étiologiquement vague de : synovite proliférante chronique. A peu près à la même époque, Steinberg (3) discutait lui aussi le rôle de l'infection bacillaire et rapportait quelques cas de lipomes nettement tuberculeux (Schuchardt, etc...). Plus près de nous enfin, Mauclair (4) cite sans conclure les recherches de Kouzinie, qui aurait signalé dans une nouvelle observation l'existence de tubercules à des degrés divers de développement. D'après l'auteur russe, sur 12 cas de lipomes articulaires du genou, cinq fois la tuberculose était évidente, quatre fois elle existait dans le voisinage et trois fois elle survint tardivement dans l'article.

Lejars (5) rappelant qu'un malade de Sendler mourut de tuberculose pulmonaire quelques mois après l'opération, est d'avis, malgré le caractère constamment négatif jusqu'ici des examens histologiques, qu'on ne saurait rejeter absolument toute idée de connexion entre le lipome arborescent et la tuberculose. Dans des travaux plus récents, cette notion s'affirme encore.

En 1901, Diterichs (6), dans une étude d'ensemble basée sur des faits personnels recueillis à la clinique de Weljaminow, considère le lipome arborescent comme un produit réactionnel relevant, suivant les cas, du traumatisme, de la tuberculose, de la syphilis ou du rhumatisme. Pour lui le terme même de lipome arborescent ne signifie rien. Il demande une épithète pathogénique. En 1902, Tichow (7) conclut à la nature tuberculeuse, à propos d'une observation nouvelle. En 1903, Painter et Erving (8) croient eux aussi à une inflammation chronique maintes fois rattachable à la tuberculose.

Avec tant d'autres chirurgiens, nous avons nous-mêmes observé un lipome arborescent du genou de structure banale chez une vieille rhumatisante, ayant eu antérieurement des hémoptysies.

En présence de toutes ces opinions concordantes, la conclusion s'impose, croyons-nous; et le lipome arborescent, quelle que soit sa formule histologique, doit être tenu pour fonction de tuberculose dans un grand nombre de cas.

(1) Schmolch. *Zeitschrift f. Chir.*, 1886, p, 273, t. XXIII.
(2) Kümmer. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1894.
(3) Steinberg. *Thèse de Bordeaux*, 1894.
(4) *Traité de Chirurgie clinique*, t. III.
(5) Lejars *Traité de Chirurgie* de Duplan et Reclus, t. I.
(6) Diterichs. *Dissert.*, St-Pétersbourg, 1901.
(7) Tichow. *Russ. Chir. Arch.* 1902, cité d'après *Centralblatt. f. Ch.*, 1902, n° 8,
(8) Painter et Erving. *Boston med. and surg. journal*, 1903, mars.

Il semble bien dès lors que l'on soit au dernier des échelons qui mènent des lipomatoses périviscérales au lipome encapsulé. Et si l'on gardait encore quelque hésitation, l'histoire du pseudo-lipome sus-claviculaire des arthritiques serait là pour rendre plus insensible la transition. En effet, Potain a montré que, par répétition des brusques fluxions congestives, des coups d'œdème qui le produisent, le pseudo-lipome de Verneuil pouvait devenir lipome vrai.

Si l'on admet avec nous (1) que bien des arthritiques ne sont que des tuberculeux a minima, on conviendra qu'il est tentant de regarder le lipome sus-claviculaire comme un amas graisseux réactionnel, au voisinage du foyer de tuberculose torpide que représente, en pareil cas, le sommet du poumon, frappé de phtisie fibreuse.

Hypothèse, dira-t-on. Oui, mais si simple et si vraisemblable. Et d'autant plus vraisemblable que ce sont justement les *petits tuberculeux* qui, presque seuls, font, à la périphérie, ces manifestations de tuberculose inflammatoire dont, pour nous, certains lipomes ne sont qu'un nouveau type.

Aussi, maintenant, nous devient-il aisé de formuler, en guise de conclusion, la conception que nous annoncions au début de cette communication : étant donné le caractère fluxionnaire, congestif et hyperplasique de la tuberculose inflammatoire, on doit, *a priori*, penser qu'il existe des lipomes d'origine tuberculeuse. Leur étiologie doit s'affirmer par la nature du terrain sur lequel ils apparaissent et se développent, l'anatomie pathologique et les inoculations étant impuissantes à en établir le mode de production.

Et passant dans le domaine clinique pour vérifier par des faits une théorie déductive, nous nous sommes convaincus qu'en cherchant systématiquement la tuberculose fruste chez de tels malades, on la trouve fréquemment.

Il nous est impossible, pour le moment, de donner des chiffres; nos observations anciennes sont, en général, trop brèves, trop purement morphologiques, pour être utilisables et nous sommes orientés depuis trop peu de temps dans cette voie pour pouvoir apporter des statistiques étendues avec des faits nouveaux. Nous dirons simplement que sur 10 lipomes vus à la clinique depuis trois ans, 4 étaient survenus chez des tuberculeux et que, d'autre part, bien souvent, en cherchant dans la littérature, nous avons relevé des manifestations bacillaires incidemment notées (2). En procédant ainsi, notre élève Roussel a justifié notre façon de voir pour les lipomes des os, pour les lipomes intra-musculaires et pour ceux, beaucoup plus fréquents, du tissu cellulaire.

Ainsi donc, il existe des lipomes d'origine tuberculeuse, et la tuberculose doit prendre place à côté des autres infections dans l'étiologie des néoplasies d'ordre inflammatoire.

---

(1) A. Poncet et R. Leriche. *Bulletin de l'Académie de médecine*. 8 janvier 1907.

(2) V. Dieulafoy. *Traité de Pathologie interne*. 14e édition, p. 709. — Labbé, *Société médicale des hôpitaux*, 14 juin 1901. — Jaboulay, *Lyon médical*, 1903. — Reclus. Lipome du sein. *Cliniques de la Pitié*. — Mollard et Petitjean. *Revue de médecine*, mars 1907, etc...

Quelle part lui revient dans ce groupement nouveau, qui tend à morceler les tumeurs? Nous ne saurions le dire. Il nous suffit d'avoir attiré l'attention sur ce point, éclairci une pathogénie jusqu'ici imprécisée et, une fois de plus, élargi le domaine encore partiellement inexploré de la tuberculose inflammatoire.

Traitement et prophylaxie de la conjonctivite purulente.

Axiomes thérapeutiques pour le praticien et le spécialiste. — Nouvelles statistiques.

par le Dr A. Darier
Ancien président de la Société d'Ophtalmologie

Depuis tantôt dix ans qu'ils ont été introduits en thérapeutique oculaire, les sels organiques d'argent ont fait preuve d'une telle puissance curative, ont rendu de tels services, aussi bien au médecin qu'au malade, que le nombre des préparations s'en est accru au point qu'il est difficile de les connaître toutes.

Trois types se sont montrés réellement supérieurs : les *nucléinates*, les *protéinates* et surtout les *vitellinates d'argent* du type *argyrol*.

Les sels du dernier groupe se distinguent de tous les précédents :

1° Par leur haute teneur en argent métallique ;

2° Par leur parfaite solubilité à toutes doses ;

3° Par l'absence de toute causticité et de toute nocivité ;

4° Par leur action presque analgésiante, en tous cas absolument indolore. Le malade se sent soulagé plutôt que gêné, après chaque instillation, qu'il demande de lui-même le plus fréquentes possible.

Combien nous sommes loin du vieux et cruel nitrate d'argent! mais il faudra encore dix, peut-être vingt ans pour faire comprendre aux praticiens habitués au nitrate les immenses avantages qu'ils pourront retirer des sels organiques d'argent, quand ils auront appris à s'en servir. C'est là le fait important, car si tous les partisans du nitrate d'argent ne savent pas apprécier l'argyrol à sa juste valeur, c'est qu'ils l'ont employé comme le nitrate d'argent à des intervalles trop éloignés et à de trop faibles doses.

Or, les qualités respectives de ces deux sels sont diamétralement opposées.

Le nitrate a une action extemporonée et violente, son application ne peut être répétée plus de deux fois par jour.

L'argyrol au contraire a une action douce, lente et pénétrante ; son application doit être répétée le plus souvent possible et ces applications étant plutôt un soulagement sont réclamées par le malade lui-même.

Les partisans du nitrate d'argent font un grief de ces instillations fréquentes mais ils oublient que la chose la plus importante, dans le traitement de de l'ophtalmie purulente, est de ne jamais laisser stagner le pus entre les paupières. Ils recommandent pour cela de fréquentes lotions avec des antiseptiques divers : eau boriquée, permanganate, etc., et pourtant ils savent combien dangereuses seront les moindres érosions cornéennes provoquées par un lavage mal fait.

Avec l'argyrol, le fait seul d'instiller entre les paupières plusieurs gouttes du collyre suffit à expulser les mucosités purulentes qu'il n'y a plus qu'à cueillir sur la surface externe des paupières, sans aucun risque de toucher la cornée.

Ces instillations avec une solution à 10 ou 20 p. 100, répétées toutes les demi-heures, ou toutes les heures, suivant la gravité des cas, enraient en général dans les trois jours la suppuration.

Si cet effet n'est pas obtenu, le nitrate d'argent alors aura une action plus sûre et moins dangereuse et son action sera soutenue par les installations d'argyrol faites à domicile.

Voici en résumé ce qu'à mon sens doit être, en l'état actuel de la science, le traitement de la conjonctivite purulente :

Comme moyen préventif : De suite, après la naissance, instiller entre les paupières, largement écartées, du collyre d'argyrol à 20 p. 100 autant qu'en pourra contenir le sac conjonctival.

Éviter de toucher la cornée avec le compte-gouttes.

Laver ensuite les paupières avec de l'eau stérilisée (eau bouillie simple).

Cette pratique n'étant aucunement douloureuse et ne présentant aucun danger pour la cornée aura l'immense avantage de pouvoir être rendue obligatoire pour toutes les accoucheuses.

Si, malgré ces mesures prophylactiques, on voyait apparaître de la suppuration, il faudrait au plus tôt avoir recours à un spécialiste.

En l'attendant, on ferait instiller toutes les heures deux ou trois gouttes du collyre à l'argyrol ; on aura ainsi préparé les voies au nitrate qui, s'il devient nécessaire, sera moins dangereux dans certaines idiosyncrasies.

Comme traitement des *conjonctivites cattarrhales, purulentes ou blennorragiques* nous ne saurions trop recommander la pratique suivante, qui donne en même temps satisfaction aux partisans du nitrate d'argent et à ceux qui savent s'en passer, au grand bénéfice de leurs malades.

Dans la conjonctivite simple (bacilles de Weeks, pneumocoques, etc...) il suffira de prescrire 5 à 6 instillations d'argyrol à 10 p. 100 pour obtenir une guérison complète en quatre à cinq jours.

Dans les formes plus intenses et celles qui sont déjà anciennes, ces instillations pratiquées toutes les heures à domicile seront soutenues par des cautérisations quotidiennes avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100 ou par des cautérisations au sulfate de zinc à 5 p. 100.

Enfin, dans l'*ophtalmie purulente* et dans la *conjonctivite blennorragique de l'adulte*, les instillations d'argyrol seront aussi fréquentes et aussi abondantes que possible, toutes les demi-heures, et cela nuit et jour, s'il le faut. Dès que les paupières seront assez souples pour qu'il soit possible de les retourner facilement, on pourra badigeonner toute la surface conjonctivale une, ou mieux deux fois par jour avec le nitrate d'argent à 1, puis à 2 p. 100, s'il est bien supporté.

Tous ceux qui auront mis en pratique ce mode de traitement verront bientôt que les cautérisations au nitrate d'argent pourront devenir de plus en plus rares, et beaucoup d'entre eux pourront s'en passer dans bien des cas, tout en guérissant leurs malades aussi vite et avec beaucoup moins de douleurs.

Dans ces derniers temps un grand nombre de travaux ont été publiés. Les suivants méritent toute notre attention :

Standish (*American méd. Association*, 1906, juin) publie une statistique des plus intéressantes, confirmant les résultats antérieurs :

1° cas d'*ophtalmo-blennorrée* soignés sans altérations de la cornée :

50	cas traités	par le nitrate	avec	3	infections cornéennes	6	p.	100
150	—	— protargol	—	3	—	2	—	
201	—	— argyrol	—	4	—	2	—	

Les complications cornéennes sont donc moins à redouter avec l'argyrol qu'avec tous les autres traitements.

2° Dans l'*ophtalmie blennorragique* de l'adulte :

32	cas traités	par le protargol;	11	infections cornéennes	36	p.	100
52	—	— l'argyrol;	22	—	42	—	

Il conclut que les sels organiques d'argent sont capables d'enrayer et de guérir l'ophtalmie blennorragique de l'adulte, grave entre toutes — ils ont donc une action bactéricide plus puissante que ne tendrait à le prouver la seule expérience de laboratoire — (l'action antiseptique de l'iodoforme, nulle dans les cultures est très marquée dans l'organisme, il agit sur les toxines et non sur le micro-organisme lui-même.)

Le docteur Harrisson-Butler, dans le journal *The Ophtalmoscope* n° 1, 1907, donne le résultat de ses observations, faites à l'hôpital de Jérusalem pendant une de ces épidémies printanières de conjonctivites purulentes à bacilles de Koch-Weeks.

Il a choisi un certain nombre de cas (42 cas) avec les deux yeux dans le même état, pour soigner un œil avec le nitrate d'argent à 2 p. 100, l'autre avec le protargol à 30 p. 100.

Dans	62	p. 100	des cas le	protargol se montra supérieur,
—	10	—	—	nitrate —
—	24	—	—	résultat égal

Les cas soignés avec l'argyrol montrèrent aussi une supériorité manifeste sur ceux soignés avec le nitrate, mais Butler donne la préférence au protargol, quoi-

qu'il reconnaisse que ce sel est plus douloureux que l'argyrol.

Le docteur Herff (*Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde*, novembre 1906), qui a pratiqué la *prophylaxie de l'ophtalmie purulente* à la Maternité de Bâle avec le protargol à 10 p. 100, avec seulement 2 infections tardives sur 3.009 cas, a essayé également de l'argyrol et du sophol (formo-nucléinate d'argent) et sur 1.700 observations il n'eut qu'une infection primitive et très probablement intrautérine.

Donc *sur* 4.709 *nouveau-nés* traités prophylactiquement par les *sels organiques d'argent*, trois seulement eurent de la conjonctivite, ce qui constitue une moyenne de 0,06 p. 100, alors que les *meilleures statistiques* par le nitrate d'argent donnent une moyenne de 0,20 p. 100.

Le docteur Dickson-Bruns (*The Ophtalmic Record*, décembre 1906).

Dans le traitement de l'ophtalmie purulente et la conjonctivite blennorragique, l'auteur, qui avait longtemps pratiqué les cautérisations au nitrate d'argent, donne depuis trois ans la préférence à l'argyrol à 10 p. 100. Il conclut d'un long travail avec statistiques comparatives :

1° Le traitement par l'argyrol est efficace à la condition que les instillations soient répétées toutes les 30 et même toutes les 15 minutes.

2° La solution à 10 p. 100 me paraît la plus pratique ; celles plus concentrées n'agissent pas mieux.

3° Les instillations doivent être continuées jour et nuit, de façon à pratiquer une sorte d'immersion continue; ainsi les gonocoques n'auront pas chance de pulluler.

4° Tant que dure la suppuration, il faut soigneusement éviter d'irriter ou de blesser la cornée par des substances irritantes.

5° La prompte disparition du pus, quand le traitement est rigoureusement appliqué, prouve bien que cette méthode de douceur est supérieure aux cautérisations violentes qui blessent plus souvent l'épithélium.

6° Les résultats sont d'autant meilleurs que le malade est pris plus tôt, quelque tuméfiées que soient les paupières. Il est inutile et souvent nuisible de faire l'éversion des paupières.

7° Par cette méthode les ulcérations cornéennes sont rares et quand elles se produisent elles vont rarement jusqu'à la perforation.

8° L'argyrol n'étant pas très astringent, quand la paupière devient flasque et les conjonctives atones, on les excitera par quelques cautérisations au nitrate.

9° L'œil non affecté sera sûrement protégé par des instillations de moitié moins fréquentes qu'à l'œil malade.

10° Cette méthode étant la moins douloureuse de toutes, jamais on ne voit un malade en refuser l'application.

P. S. — Nous lisons dans le n° de mars de l'*Ophtalmic Record* le fait suivant : Un praticien ayant instillé par erreur une solution de nitrate d'Ag à 50 0/0 dans l'œil d'un nouveau-né provoqua une destruction complète de la cornée, Le père de l'enfant poursuit le médecin et demande 95.000 fr. de dommages et intérêts.

De telles catastrophes ne sont pas si rares que l'on croit; elles ne peuvent se produire avec l'argyrol qui n'est pas caustique

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,
Médecin des hôpitaux.

Sur l'influenza et son traitement, par G. SWAYZE (*Merck's Archives*, mars 1907). — Dans toutes les affections grippales la première et plus urgente indication à remplir pour l'auteur c'est de fournir de l'air pur aux poumons en tenant les fenêtres ouvertes jour et nuit, mais en garantissant le malade contre le froid par des couvertures. La prostration doit être combattue par une alimentation substantielle. Il faut éviter toute médication déprimante et n'employer que celle qui nettoie et qui soutient. Il faut combattre les douleurs la toux, la dépression nerveuse, mais éviter l'opium qui trouble la digestion et possède une action stupéfiante sur les fonctions réparatrices. Pendant les premiers jours on peut recourir à de petites doses de phénacétine avec la salicine ou la quinine. Comme expectorant l'auteur préconise le chlorhydrate d'ammoniaque, le sirop de yerba santa. Le benzoate de soude et la salicine sont également indiqués. Un peu de bromure de potassium calme le cerveau et le système nerveux. La tisane de graines de lin, un peu fluide légèrement sucrée et prise froide est un excellent émollient pour les voies respiratoires et les reins.

Pour la gorge les gargarismes d'eau boriquée ou d'eau contenant du salicylate de soude suffisent comme soins antiseptiques. Dans les états de dépression et lorsque le malade a des sueurs plus ou moins abondantes, il sera très utile de faire des frictions alcoolisées qui donnent de bien meilleurs résultats que l'alcool pris à l'intérieur. L'auteur ne donne pas d'eau-de-vie avant que le malade se lève. Enfin il insiste surtout sur la nécessité de ménager l'estomac, afin de faciliter la réparation et il évite tout médicament nauséeux.

L. JUMON.

Thérapeutique schématique de la grippe chez un adulte, par MARTINET (*La Presse médicale*, 27 février 1907). — A la période d'invasion, il y a lieu de calmer la céphalalgie, l'auteur recommande de donner de suite, et une seconde fois dans la journée s'il y a lieu, un des cachets suivants :

Caféine	0,05	grammes
Exalgine	0,10	—
Phénacétine	0,20	—
Bichlorhydrate de quinine	0,30	—
Antipyrine	0,40	—

Pour un cachet n° 3.

Le troisième cachet est donné le deuxième jour vers 3 heures du soir.

Le catarrhe nasopharyngé combattu par des inhalations et gargarismes, quatre fois par jour; dans un verre à Bordeaux d'eau très chaude, on versera une cuillerée à café du mélange suivant :

Essence de badiane	XX	gouttes
Menthol } Salol }	ââ 4	grammes
Alcool à 90°	100	—

Usage externe.

Commencer par inhaler et se gargariser quand le mélange est devenu tiède : il faut consacrer quinze minutes en tout à ces manœuvres. Ensuite, placer à l'entrée des narines un torchis de vaseline boriquée ou mentholée exprimé d'un tube (l'embout ayant été passée à la flamme d'alcool). On sucera quelques pastilles chloratées, oxygénées ou acidulées.

L'infection gastro-intestinale sera traitée comme suit : le matin à jeun, prendre dans une demi tasse d'infusion chaude le cachet suivant :

Calomel.....	ââ 0,40 à 0,50 grammes
Jalap.....	

Comme régime, boissons chaudes et abondantes.

Le troisième jour, les bronches sont envahies et les phénomènes généraux se sont amendés : on donnera cinq cuillerées à soupe dans les vingt-quatre heures de la potion suivante :

Benzoate de soude.....	ââ 4 grammes
Acétate d'ammoniaque..	
Cognac vieux.....	20 —
Sirop de codéine.....	ââ 60 —
Sirop de térébenthine...	
Sirop de tolu.....	

En même temps, ventouses, sinapismes et cataplasmes sinapisés, suivant les indications.

On continuera le traitement du nasopharynx.

Comme régime, alimentation végétarienne.

C'est vers le cinquième jour qu'on voit le plus souvent se manifester les complications.

Le septième jour, si tout s'est bien passé, il faudra tonifier avant tout le malade entré en convalescence. On donnera de la viande (jambon, langue fumée, côtelette, etc.)

Si l'asthénie est profonde, on donnera au commencement du repas, trois fois par jour, une cuillerée à café du mélange suivant :

Arséniate de soude.....	0,10 grammes
Extrait mou de quinquina.	20 —
Teinture de kola	30 —
Cognac vieux.....	20 —
Glycérine neutre q. s. pour	150 cc.

Pendant dix jours.

Enfin, s'il persiste un peu de toux, on prescrira des frictions excitantes de la poitrine avec du baume de Fioraventi et une heure avant le repas, trois fois par jour, une des pilules suivantes :

Sulfate de strychnine...	0,001 gramme
Codéine.....	0,01 —
Ergot de seigle.....	0,05 —
Terpine.....	0,10 —
Baume de tolu, q. s.....	

Pour une pilule n° 15.

E. Vogt.

Sur le traitement de la diphtérie, par Ober (*Merck's Archives*, mars 1907). — Au point de vue du traitement antitoxique, l'auteur divise les médecins en trois groupes : ceux qui emploient l'antitoxine seule, ceux qui l'emploient avec un autre traitement et ceux qui ne l'emploient pas du tout. En Amérique l'usage de l'antitoxine semble avoir abaissé la mortalité de 12,3 à 7,3 p. 100.

Pour en obtenir tous les effets curatifs il faut l'employer dès le premier jour. L'auteur en présence d'un cas de diphtérie conseillerait d'abord d'injecter une bonne dose d'antitoxine, puis d'envoyer un tube de culture à un laboratoire de bactériologie. Aussitôt que le diagnostic serait certain il conseillerait d'abord de saturer le malade de sulfure de calcium. En troisième lieu, il ferait faire de fréquentes pulvérisations de la gorge et du nez avec de l'eau oxygénée. Ces trois traitements mis en œuvre d'une façon persévérante permettent de sauver la très grande majorité des diphtériques.

Le sulfure de calcium est un des meilleurs antiseptiques internes, il se décompose dans les voies digestives en sulfate de chaux et hydrogène sulfuré. Ce dernier est absorbé et éliminé par les glandes de la peau et de la muqueuse des voies respiratoires. La sécrétion muqueuse continue sous la fausse membrane qui se ramollit et se détache.

Il sera indiqué parfois de donner des doses modérées de strychnine pour fortifier le cœur et soutenir le système nerveux. Dans la forme laryngée de la diphtérie l'auteur emploie en outre des pulvérisations ou des inhalations de vapeur simple ou médicamenteuse, avec de l'essence d'eucalyptus par exemple. Dans ces conditions il sera très rarement nécessaire de recourir à la trachéotomie ou à l'intubation.

L. Jumon.

Hémorragies intestinales au cours de la fièvre typhoïde, par Tasker Howard (*Merck's Archives*, mars 1907). L'état de collapsus qui peut survenir à la suite d'une hémorragie intestinale au cours de la fièvre typhoïde est favorable à l'arrêt de l'hémorragie. Toutefois s'il devient un danger pour l'existence il faut le combattre énergiquement, sans cependant trop stimuler le malade, ce qui aurait pour effet de faire reparaître l'hémorragie. On a recours à l'application externe de la chaleur, à

l'application de bandes sur les extrémités à l'élévation du pied du lit, aux injections intra-veineuses ou sous-cutanées de solutions salines et à des stimulants diffusibles, tels que le camphre, la caféine, l'acétate d'ammoniaque. Il faut se garder de troubler le malade plus qu'il n'est nécessaire. Le repos absolu est de la plus grande importance. Le décubitus dorsal doit être observé au moins pendant vingt-quatre heures après une hémorragie, les matières étant reçues sur du coton laissé en place dans ce but. Le malade sera néanmoins tenu dans la plus grande propreté possible afin d'éviter les escharres faciles dans cette position. On ne donnera aucun aliment pendant ce temps, mais la soif sera calmée par petites quantités d'eau et le rinçage fréquent de la bouche.

Pour assurer le repos absolu de l'intestin, il est utile de faire des injections de morphine, bien que quelques auteurs se soient élevés contre cette manière de faire, qui pour eux favoriserait les fermentations intestinales et augmenterait ainsi la toxémie et la tendance à la perforation. Cependant l'auteur croit que la morphine est plus efficace qu'aucun autre médicament pour arrêter l'hémorragie, surtout lorsqu'il existe de l'agitation. On appliquera un sac de glace sur l'abdomen, si le degré de collapsus n'est pas une contre-indication.

Les astringents à l'intérieur n'offrent pas beaucoup d'avantages, ils ne produisent guère d'effet local et déterminent des vomissements qu'il est nécessaire d'éviter. L'adrénaline est contre-indiquée en raison de l'augmentation de pression qu'elle détermine, et en réalité son emploi a aggravé les hémorragies.

Le lactate de calcium est le sel de calcium le plus agréable et le moins irritant; on le donne à la dose de 0,30 à 0,90 centigrammes trois fois par jour. On peut également utiliser les injections de sérum gélatiné à condition que la gélatine employée soit stérile.

On devra suivre dans le traitement les indications qui se présentent chez chaque malade.

L. JUMON.

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

La stase veineuse artificielle dans l'accès de goutte, par M. ALKAN (*Therapie der Gegenwart*, janvier 1907). — Le sérum sanguin est, comme on sait, le meilleur dissolvant de l'acide urique. M. Alkan a alors pensé que la stase veineuse artificielle, appliquée suivant la méthode de Bier, serait de nature à enrayer l'accès de goutte. En effet, l'auteur a obtenu des guérisons avec ce procédé; et il conseille d'associer à la stase veineuse artificielle des applications alternativement chaudes et froides. Il enlève le lien constricteur au bout de deux ou trois heures, et maintient ensuite dans une position élevée le membre malade, sur lequel il applique des compresses froides pendant deux heures, puis, en dernier lieu, des cataplasmes chauds. Ce traitement ferait rapidement cesser l'accès de goutte.

PIERRE SÉE.

Traitement hydrominéral de l'obésité, par R. TISSIER (*Gazette des Eaux*, 14 mars 1907). — Le traitement hydrominéral n'amène qu'un amaigrissement relatif et vient surtout en aide au traitement hygiénique. On fait de certaines stations étrangères, des stations spéciales et uniques pour combattre l'obésité. Or, elles n'agissent que par leur action purgative, et leur usage prolongé offre des inconvénients souvent sérieux.

Parmi les stations utilisables contre l'embonpoint et l'obésité, celle de Vichy a une action au moins égale à l'action des eaux chlorurées sodiques. Les hypothèses qu'on a pu faire à ce sujet ne donnent pas l'explication complète de ces actions, et le mot de Trousseau est toujours vrai, c'est l'expérience clinique qui seule peut nous permettre de juger l'action des eaux de Vichy.

Il faut d'ailleurs distinguer parmi les obèses qui viennent réclamer nos soins; le traitement d'un pléthorique ne peut être celui d'un lymphatique. Si l'on prend pour type un obèse pléthorique de 40 ans, vigoureux, à cœur sain, ni diabétique, ni albuminurique, rhumatisant et obèse par hérédité, on commencera par établir son poids, puis on lui fera suivre le traitement suivant :

1° Le matin, à 7 heures, 100 ou 200 grammes d'eau de la Grande-Grille, on augmentera tous les jours la dose pour arriver à 200 grammes au bout de quatre jours;

2° Entre 8 heures et 8 h. 1/2, premier déjeuner : Thé léger sans lait, à peine sucré, avec 30 grammes de pain grillé;

3° Promenade jusqu'à 10 h. 1/2.

4° Vers 10 h. 1/2, bain de vapeur, suivi de friction au gant de crin ou massage sous la douche, suivi de repos au lit sous la couverture; on peut alterner les deux traitements;

5° De 11 heures à 11 h. 1/2, 100 à 200 grammes d'eau de la source Chomel; on arrivera à 250 grammes au bout de cinq jours;

6° 11 h. 1/2, déjeuner : 125 grammmes de pain très cuit ou grillé, un œuf frais, 100 grammes de viande rôtie ou grillée, 60 grammes de légumes verts, 25 grammes de fromage, un peu de fruit, une demi-tasse de café noir sucré. Boire pendant le repas un quart de litre d'eau rougie, supprimer la sieste après le repas;

7° De 1 heure à 5 heures, promenade à l'ombre, exercices, gymnastique, tennis, douche suivie de massage après une séance d'escrime, mécanothérapie.

8° De 5 heures à 5 h. 1/2, de 100 à 150 grammes de la source Chomel ou Grande-Grille;

9° A 6 h. 1/2, dîner : 125 grammes de pain grillé, 125 grammes de viande grillée, une sole ou un merlan au beurre, 60 grammes de légumes verts, 25 grammes de fromage, fruit, quart de litre d'eau rougie;

10° Promenade après le dîner;

11° Ne pas rester au lit plus de 7 heures à 7 h. 1/2 par 24 heures.

Ce régime peut être modifié suivant les circonstances.

La durée du traitement est de trois semaines à un mois; on peut obtenir une perte de poids de 6 à 12 kilos.

Aux lymphatiques et aux anémiques, remplacer les sources ci-dessus par les sources Mesdames ou Lardy; œufs au lieu de légumes verts, douches ascendantes contre la constipation.

L. Jumon.

Traitement de la maladie de Basedow, par Ernst Czyhlarz (*Wien. med. Presse*, 17 mars 1907). Le repos est un facteur thérapeutique important dans une maladie où l'amaigrissement est un symptôme marqué; certains recommandent la cure d'engraissement et la cure de repos, comme dans la tuberculose pulmonaire. Il faut en tout cas interdire les excursions de montagne, causes courantes d'aggravation. Les altitudes grandes et moyennes doivent être interdites, il en est de même du séjour au bord de la mer. Les bains carbo-gazeux et les eaux carboniques et ferrugineuses peuvent être recommandées. L'hydrothérapie est généralement préconisée sous forme de lotions, d'enveloppements, de douche en pluie. Rehn a recommandé l'application du sac de glace sur le corps thyroïde avec le repos complet. La gymnastique de Zander a donné peu de résultat. La galvanisation du sympathique a été pratiquée surtout par Chvostek et Benedikt.

On a attribué une grande valeur au traitement ferrugineux qui n'est guère indiqué qu'en cas de chlorose simultanée. Les médicaments cardiaques sont utiles sous forme de digitale et de digalène pour combattre la tachycardie. La quinine et l'arsenic sont utilisés, ce dernier surtout, en injections. Kocher a recommandé le phosphate de soude à dose de 2 à 10 grammes dissous dans l'eau.

L'iode doit être complètement éliminé du traitement, il peut suffire à provoquer la maladie chez les goitreux. Le brome a rendu des services comme médicament symptomatique.

Le traitement antithyroïdien a donné des améliorations plus ou moins considérables, mais il semble qu'on doit obtenir de meilleurs résultats en perfectionnant la méthode. Quelques auteurs ont employé le thymus avec un certain résultat. Par contre, le traitement thyroïdien ne peut donner que des mécomptes.

Parmi les opérations faites sur le corps thyroïde la thyroïdectomie partielle subsiste seule, mais il faut ménager les glandes parathyroïdes. L'opération, d'après Sorgo, a donné 30 p. 100 de guérisons et 51 p. 100 d'améliorations, mais l'opération a été une cause de mort dans 13 p. 100 des cas. D'autres auteurs ont signalé des proportions plus grandes de guérisons. Quant à la résection du sympathique, elle ne donne pas de résultats essentiels.

Beck et Stegmann ont recommandé la radiothéraphie, qui a donné des améliorations, surtout au point de vue de l'augmentation du poids. Mais les résultats sont surtout symptomatiques. D'un autre côté, pour juger de la valeur d'un traitement

dans cette maladie, il faut se rappeler qu'il existe souvent des rémissions spontanées. Comme conclusion, l'auteur reconnaît à l'opération partielle du corps thyroïde la plus grande valeur dans le traitement de la maladie de Basedow.

L. JUMON.

Un cas de diabète insipide guéri par des injections mercurielles, par VAPHIADÈS (*Rev. de médecine*, 10 mars 1907). — Observation d'un malade de vingt-neuf ans, atteint il y a cinq ans de syphilis et ayant présenté brusquement de la polydipsie et de la polyurie (8 litres d'urine normale en vingt-quatre heures). Au bout de quatre mois, les traitements usuels ayant échoué, le malade se trouvait dans un état de cachexie marqué.

A ce moment, étant donné les antécédents, on fit quotidiennement des injections de 0 gr. 05 de protoiodure de mercure et l'on administra l'iodure de potassium à la dose de 2 gr. Après 4 séries de 10 injections (2 mois de traitement), le malade était complètement guéri.

E. VOGT.

Capsules surrénales et ostéomalacie (traitement opothérapique), par M. BOSSI (*Zentralbl. f. Gyn.*, 19 janv. et 9 fév. 1907). — L'auteur assure avoir obtenu, dans plusieurs cas d'ostéomalacie, des résultats inespérés par des injections d'adrénaline. Dans une première observation, une femme de 38 ans se trouvait au huitième mois d'une grossesse ; dès le troisième mois, elle avait éprouvé des douleurs vives dans les cuisses et les hanches, la gêne des mouvements était telle que la malade ne pouvait plus quitter le lit. L'examen montre qu'il s'agissait d'un cas d'ostéomalacie avancée. L'état s'aggrava malgré un traitement reconstituant et une alimentation abondante, les déformations s'accentuaient et l'insomnie s'aggravait. L'auteur eut alors recours à l'opothérapie surrénale, capable de modifier l'involation des organes génitaux et de la moelle osseuse. L'ablation des capsules surrénales agit particulièrement sur les ovaires. On fit alors à la malade une première injection de un demi-centigramme d'adrénaline en solution à 1 p. 1000. Les douleurs se calmèrent au bout de deux heures et la malade put dormir un peu. Deux jours après, on répète l'injection, les mouvements articulaires commencent à être indolores. Après une quatrième injection, la malade pouvait quitter son lit pour la première fois depuis trois mois sans souffrir. Après sept injections, non seulement les os n'étaient plus douloureux, mais ils manifestaient un retour complet à l'état normal et le fœtus reprenait sa situation normale. Dans la suite, la malade se rétablit complètement, après avoir reçu en tout seize injections. Un résultat analogue fut obtenu par le même traitement dans un cas analogue.

L. JUMON.

L'application de glace sur la région précordiale dans l'hyperthermie, par LEBEAUPIN (*Gazette des Eaux*, 7 mars 1907). — Les bains froids, bien qu'étant très efficaces dans les pyrexies, sont parfois difficiles à appliquer et sont un sujet d'appréhension difficile à vaincre. Leduc (de Nantes) a montré qu'on peut les remplacer avantageusement par l'application d'une vessie de glace sur la région précordiale. La méthode frigorifique a ainsi une efficacité plus considérable, une action plus régulière, facile à graduer, et on évite la fatigue au malade et à son entourage. Deux heures après l'application du sachet de glace, la température s'abaisse de 1 à 2 degrés, la fréquence du pouls diminue de 15 à 30 pulsations par minute en moins d'une demi-heure.

La frigothérapie précordiale est facile à appliquer, sans danger, et pourrait être instituée dans toutes les maladies où la température se maintient au-dessus de 39 degrés et la fréquence du pouls au-dessus de 110.

On interpose une ou plusieurs épaisseurs de flanelle entre la vessie de glace et la peau, afin de régler la réfrigération, et pour cesser la réfrigération on procède lentement en interposant des couches de flanelle de plus en plus nombreuses.

La frigothérapie garantit le cœur contre la myocardite thermique, qui serait due à la coagulation de la myosine. Or, cette circonstance favorise la mort subite lorsque, le malade se levant, le myocarde intéressé supporte le poids de la colonne sanguine. Enfin le malade soumis à l'action de la frigothérapie serait plus sensible aux médicaments antithermiques, qu'il suffirait de donner à des doses moindres pour obtenir les mêmes effets, d'où une action toxique moindre de ces médicaments.

L. JUMON.

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT,

Ancien interne des hôpitaux.

Le lavage d'estomac préopératoire dans les hernies étranglées et les occlusions intestinales par R. Bonneau (*Revue de Pathologie comparée*, février 1907). — Les observations de mort par grand vomissement asphyxiant au cours de la hernie étranglée, de l'occlusion intestinale de la péritonite généralisée sont loin d'être rares. Ordinairement c'est au début de l'anesthésie que se produit le grand vomissement. Aussi l'auteur a cru utile d'insister sur la formule suivante. Dans tous les cas de hernie étranglée, d'occlusion intestinale et même de péritonite généralisée le lavage de l'estomac doit être pratiqué immédiatement avant l'anesthésie. En effet lorsqu'il y a arrêt des matières, toute la partie du canal alimentaire située au-dessus de l'obstacle se remplit de liquide provenant de l'hypersécrétion et des fermentations des résidus alimentaires. Le malade se soulage par des vomissements copieux qui remplissent très rapidement une cuvette. Si le malade est soumis à l'anesthésie générale, il est exposé aux mêmes vomissements qui le menacent d'asphyxie par suite de la pénétration d'un liquide fécaloïde dans les voies respiratoires. Ces vomissements se produisent d'autant plus rapidement que le tube digestif est alors animé de mouvements antipéristaltiques.

Le seul moyen d'éviter les accidents toujours graves est de pratiquer systématiquement le lavage d'estomac au début de l'anesthésie. Le malade étant à moitié assis sur un lit, un aide lui présente le tube de Faucher qu'il doit avaler assez rapidement. Dès que l'extrémité a pénétré dans l'estomac l'entonnoir se remplit de lui même du liquide gastro-intestinal et l'amorçage du siphon est établi. Il est rare qu'on soit obligé de verser dans l'entonnoir un demi-litre d'eau tiède pour pouvoir faire l'aspiration. On évacue ainsi un à trois litres de liquide et quand le liquide ne vient plus on fait passer un peu d'eau tiède pour laver l'estomac. On attend encore quelques minutes et on engage alors le malade à pousser ou à tousser. Souvent alors une certaine quantité de liquide chassé par les mouvements antipéristaltiques de l'intestin est évacuée au dehors. On retire le tube et on fait nettoyer la bouche avec un antiseptique léger. On peut dès lors commencer l'anesthésie.

L. Jumon.

Traitement des suppurations rétro-péritonéales d'origine appendiculaire, par le Dr P. Cavaillon et A. Chabanon (*La Province médicale*, 16 mars 1907). — La mortalité étant très considérable dans les cas non traités, il importe d'intervenir. Les auteurs rejettent d'abord la voie transpéritonéale pour les abcès rétro-coliques, comme exposant à la contamination de la séreuse. Ils abordent la collection par la voie lombaire. On pourra faire une incision analogue à celle de la néphrotomie prolongée en avant le long du bord supérieur de la crête iliaque; on arrivera ainsi dans le tissu cellulaire péritonéal rétro-méso-colique. Cette incision permet un drainage en bonne position et on pourra même compléter l'intervention en enlevant l'appendice. L'incision du feuillet séreux pariétal postérieur, le décollement du côlon ascendant et du cæcum, permettront d'atteindre l'appendice sans entrer dans la cavité péritonéale.

Les abcès sous-phréniques rétro-péritonéaux sont également abordés par une voie postérieure, d'après les indications de Lejars. Dans les cas d'abcès haut placés, on pourra utiliser la voie transdiaphragmatique sous-pleurale. La plèvre étant saine la voie transpleurale doit être rejetée; si, au contraire il y a une pleurésie purulente, on incisera la plèvre, puis le diaphragme pour aller placer un drain dans l'espace sous-phrénique. Ceci fait, il faudra encore drainer par la voie inférieure, c'est-à-dire par le point déclive de la zone décollable.

Le traitement chirurgical des adénopathies est plus compliqué. Théoriquement il serait préférable d'aborder les adénopathies rétro-cæcales par la voie postérieure, mais l'hésitation du diagnostic et le plus souvent la laparotomie déjà faite sont des raisons pour qu'on utilise la voie intrapéritonéale. L'ablation des ganglions n'est indiquée qu'en présence d'adénites très volumineuses ou d'adénites suppurées. On ne saurait enlever tous les ganglions engorgés autour de l'appendice. C'est seulement quand l'adénopathie en devient le symptôme prédominant qu'il importe de la traiter. Les ganglions enlevés après incision du feuillet pariétal, on fait l'hémos-

tase et on draine par la voie lombaire en refermant la cavité péritonéale.

Quant aux infections veineuses elles sont au-dessus des ressources de la thérapeutique.

L. JUMON.

Traitement de la péritonite suppurative diffuse, par JOSEPH A. BLAKE (*The am. J. of the med. Sc.*, mars 1907). — Dans ce travail, l'auteur discute seulement le traitement opératoire et post-opératoire de la péritonite diffuse, d'après 99 cas dus à l'appendicite, à des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum et à des perforations d'ulcères typhiques.

Les principes du traitement opératoire sont les suivants : supprimez aussi rapidement que possible, à travers une petite incision, l'origine de l'inflammation ; laver la cavité péritonéale ; faire le drainage aussi petit que possible et ne pas essayer de drainer toute la cavité péritonéale. Le lavage est souvent impraticable et, lorsqu'on le fait, il ne doit pas prolonger l'opération plus de trois à cinq minutes. Cependant l'indication de ce lavage résulte de l'épanchement du contenu gastrique ou intestinal dans le péritoine : il peut être rapidement pratiqué avec l'irrigateur double sans léser notablement la séreuse. Toutes les régions de la cavité peuvent être atteintes par une petite incision, de façon à éviter l'éviscération. Le lavage, qui peut être considéré comme un drainage rapide, étant terminé, la petite plaie est fermée par quelques sutures en catgut et on ne laisse qu'une petite ouverture pour le drainage. Le tube ne doit être enfoncé que jusqu'au niveau de la cavité abdominale, à moins qu'on ne veuille faire un drainage profond. Après l'opération on a recours aux injections ou aux lavements de sérum. L'auteur a recours de préférence aux irrigations intermittentes dans le côlon pelvien. Les tubes sont laissés en place et toutes les trois heures pendant les quarante-huit premières heures on fait une irrigation lente pendant trente à quarante minutes. On fait un lavage de l'estomac sur la table d'opération et on ne donne aucun aliment avant le rétablissement du péristaltisme. Immédiatement après l'opération, on donne de la morphine pour assurer le repos. L'auteur pense qu'en général le lavage de la cavité péritonéale est plus utile que le drainage, cependant il est difficile de poser à cet égard des règles absolues. Certains cas semblent mieux s'accommoder du lavage, tandis que d'autres peuvent s'en passer.

L. JUMON.

Indications de la splénectomie, par le Dr D. ERRERO (*Revista Especialidades*, novembre 1906). — Les indications de la splénectomie pour blessures de la rate sont plus limitées tous les jours, grâce aux perfectionnements de la technique et à l'emploi de nouveaux procédés : l'intervention radicale est, en conséquence, uniquement indiquée quand ces moyens ne réussissent pas ou quand la blessure porte sur une rate malade à tel point qu'on ne peut espérer lui voir retrouver sa fonction.

En cas de hernie récente de la rate, on doit à tout prix tenter la réduction, en prenant les mêmes précautions que pour la hernie de l'intestin. Si la hernie est ancienne, comme généralement elle s'accompagne d'accidents septiques, la conduite la plus rationnelle est de faire la splénectomie.

La splénectomie est encore indiquée en cas de kystes siégeant sur une rate sans adhérences et mobile dans la cavité abdominale, tandis que la marsupialisation peut guérir sans difficultés les kystes adhérents.

La splénectomie n'est pas indiquée dans les abcès de la rate, mais elle peut cependant rendre des services dans les formes d'infiltration diffuse et dans les abcès métastatiques multiples : l'incision est réservée aux abcès uniques et facilement abordables.

Les adhérences, l'hémorragie et le shock contre-indiquent absolument la splénectomie pour rate leucémique.

De toutes les opérations proposées pour guérir la splénomégalie paludéenne, la splénectomie est la plus grave ; sa gravité augmente en raison du nombre des adhérences, de la cachexie et de la constitution hémophilique.

Les rates ectopiques et mobiles sont les plus faciles à extirper, et comme dans ces cas la fonction est annihilée il n'y a pas de danger à enlever l'organe.

Comme on ne peut actuellement préciser les indications de la splénectomie dans toutes les affections comprises sous le nom de splénonogalies non paludéennes ni leucémiques, on se souviendra que cette intervention est très grave, tandis que la splénopexie ou mieux l'exosplénoplexie guérissent presque toujours.

La tuberculose de la rate, si elle est primitive, peut être traitée par la splénectomie en cas de lésions disséminées et par la marsupialisation en cas de foyer unique.

Les lésions scléreuses, syphilitiques, rebelles au traitement peuvent être traitées par la splénectomie si les malaises ressentis par le malade sont incompatibles avec ses occupations.

F. Berini.

Extraction de corps étrangers de l'œsophage par l'œsophagoscopie, par Pietri (*J. de médecine de Bordeaux*, 10 mars 1907). — Une observation de l'auteur mérite d'être rapportée par l'enseignement clinique qu'elle comporte : Un homme de cinquante-sept ans avala un morceau de viande de la grosseur d'un œuf de poule sans toutefois s'en apercevoir, car il pensait avoir avalé de travers, puis il se remit à manger, mais fut aussitôt pris de vomissements alimentaires et éprouva une sensation de gêne au niveau du cardia. Pendant huit jours, le malade essaya de prendre des aliments liquides, mais peu après survenaient des vomissements qui le décidèrent à entrer à l'hôpital, très amaigri.

On pensa à un néoplasme de l'œsophage ou à un anévrisme de l'aorte. A vingt centimètres environ de l'entrée de l'œsophage, le tube se trouvait arrêté. On apercevait une muqueuse grise, affaissée. La pince ramena des fragments putrides, et l'on constata qu'il s'agissait d'un corps étranger, d'un morceau de viande trop volumineux pour s'engager dans la lumière du tube et qu'on ramena avec la pince.

Le malade fut ensuite alimenté avec des œufs et du lait et reprit sa bonne mine. Il est probable qu'un simple spasme de l'œsophage à sa partie inférieure a été la cause de l'accident.

L. Jumon.

Indications et résultats de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire, par le Dr Ramon-Gili (*Thèse de doctorat*, Madrid 1906). — La lithiase biliaire peut déterminer une série d'accidents francs : coliques, infection secondaire ; émigration incomplète des calculs avec obstruction des canaux cystique, cholédoque, ou hépatique ; perforations et ruptures de la vessie.

Un traitement médical bien institué peut guérir la lithiase simple et prévenir l'apparition des divers accidents, mais pas d'une manière constante.

Quand, chez un lithiasique, malgré le traitement médicamenteux et hydrominéral, la maladie ne guérit pas, que des accidents se manifestent, il faut recourir sans retard à l'intervention chirurgicale.

Les opérations dirigées contre la lithiase et ses accidents peuvent se réduire à trois pour ce qui concerne la vésicule : cholécystotomie, cholécystostomie et cholécystectomie ; et à une pour le cholédoque et l'hépatique : cholédochotomie et hépaticotomie.

Les guérisons obtenues par les moyens chirurgicaux sont plus durables que celles obtenues par les moyens médicaux.

La cholécystotomie est indiquée dans les cas de lithiase biliaire avec parois du réservoir normales ou avec lésions curables.

La cholécystotomie idéale, laissant les organes en position normale et évitant des adhérences, donne comme opération d'exception de bons résultats.

La cholécystostomie, assurant le drainage, est indiquée dans toutes les infections secondaires des voies biliaires ; l'intervention est palliative, et c'est la plus simple à exécuter en cas d'urgence.

Cette opération donne lieu à des fistules persistantes et est suivie de douleurs dues à des adhérences. Elle guérit le plus souvent définitivement.

La cholécystectomie est indiquée dans les cas de lésions ulcéreuses, d'hydropisie de la vésicule, de distension calculeuse, de sclérose et d'hypertrophie, de petits abcès, à condition que le cholédoque soit perméable et qu'il n'y ait pas d'infection grave.

Les résultats sont excellents ; les guérisons sont rapides et de longue durée.

Dans la lithiase du cholédoque, l'état de la cellule hépatique marque l'époque où il est nécessaire d'intervenir.

La cholédocotomie est l'opération d'élection contre la lithiase du cholédoque ; dans le cas fréquent où elle s'accompagne de lithiase vésiculaire ou cystique, l'incision complète des voies biliaires rendra des services.

Dans le cas où la cholédocotomie serait impossible, nous aurons recours à la cysto-entérostomie ou à la cystogastrostomie.

La lithiase de l'hépatique est secondaire; quand elle est irréductible il faut faire l'hépaticotomie.

F. Berini.

Traitement général des tuberculoses externes, par E. Guthrie (*The internat. J. of Surg.*, janvier 1907.) — Tout cas de tuberculose externe pris près du début peut guérir si l'on maintient la digestion en bon état. Si les organes digestifs sont affaiblis et que leur état ne peut être amélioré, le pronostic est mauvais, et quelque adroit que soit le traitement chirurgical, on n'arrivera qu'à peu de résultat si l'on ne tient pas compte de cette indication. Beaucoup de tuberculoses graves réclamant un traitement chirurgical guérissent si l'estomac supporte une nourriture abondante et si l'on fournit de l'air pur aux poumons, car l'air pur est aussi essentiel qu'une bonne alimentation; l'air frais est un merveilleux stimulant de l'appétit.

Il faut proscrire toutes les drogues, sauf celles qui sont nécessaires pour améliorer les fonctions digestives. Ne jamais donner de créosote, de gaïacol et autres médicaments analogues, qui compromettent même des fonctions digestives normales. La strychnine peut être nécessaire comme stimulant et la pepsine, la pancréatine, l'acide chlorhydrique comme digestifs. Il peut être nécessaire d'employer des laxatifs.

Les malades affectés de tuberculoses externes doivent être le plus possible au grand air. Que la température soit chaude ou froide, le jour et la nuit, les fenêtres ouvertes doivent permettre un large accès de l'air pur et frais, sauf lorsque le sujet est déshabillé pour se baigner ou pour tout autre motif. L'alimentation doit être abondante et substantielle, surtout albumineuse et grasse. Les œufs, le lait et la viande constituent ici les aliments types. Une demi-douzaine d'œufs crus, deux litres de bon lait et au moins 225 grammes de bœuf sont la moindre quantité d'aliments que doit prendre par jour un adulte tuberculeux. On peut leur substituer d'ailleurs temporairement des aliments analogues. Il ne faut pas trop donner à la fois, mais rapprocher les repas. Si le malade s'éveille la nuit, il prendra quelque aliment de digestion facile. L'huile de foie de morue est souvent prescrite et avec raison, si elle est supportée. Mais elle n'a guère d'avantages ici sur la crème, le bon beurre ou même l'huile d'olive. Le jaune d'œuf, qui contient 30 p. 100 de matière grasse, est la meilleure des graisses. Tant qu'il y a élévation de température, le malade doit rester au lit.

L. Jumon.

Administration et emploi du chlorure d'éthyle comme anesthésique général, par Beresford Kingsford (*The Polyclinic*, mars 1907). — Les cas où l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle est indiquée sont les opérations exigeant une période d'anesthésie de 50 à 100 secondes, surtout les opérations pour les végétations adénoïdes et l'hypertrophie des amygdales, dans la pratique hospitalière; les opérations nasales demandent une anesthésie de deux minutes de durée; surtout lorsque le chirurgien ne trouve pas d'objections à l'emploi de l'éther pour prolonger l'anesthésie en cas de nécessité : elle est indiquée chez les malades auxquels le protoxyde d'azote ne convient pas très bien, les jeunes enfants et les alcooliques. On ne doit jamais employer le chlorure d'éthyle chez les alcooliques et les fumeurs invétérés, sans mettre un écarteur entre les dents. Enfin on peut s'en servir dans toutes les opérations dans lesquelles il y a lieu de donner ensuite de l'éther. D'après Murray, le chlorure d'éthyle est un des meilleurs moyens pour obtenir une anesthésie de cinq à quinze minutes, mais pas plus. 15 cc. de cet agent suffisent pour obtenir une bonne anesthésie chez un enfant de six mois pour une opération d'invagination durant vingt minutes, sans avoir à craindre d'effets désagréables.

Les risques attachés à l'administration du chlorure d'éthyle peuvent être diminués en commençant l'anesthésie par de petites doses, dans un état d'abord très dilué, en accroissant ensuite la force des vapeurs de chlorure d'éthyle et en déterminant l'anesthésie aussi rapidement que possible et en surveillant attentivement le malade.

L. Jumon.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr Pierre Sée.

Traitement médical des ulcérations gastriques, d'après M. Bourget (de Lausanne) (*Maladies de l'estomac et traitement*, Paris, 1907). — M. Bourget conseille, contre les ulcérations gastriques :

1° *Les lavages de l'estomac avec une solution de perchlorure de fer à 1 p. 1000.* On

introduit, à chaque opération, environ 100 centimètres cubes de liquide, qui est ensuite retiré. Ces lavages feraient cesser la douleur et les hémorrhagies.

2° *Le traitement alcalin.* Il n'est pas nécessaire de neutraliser le contenu gastrique; mais il suffit de corriger le taux de l'acidité. Employer la formule suivante :

Bicarbonate de soude chimiquement pur.....	10 grammes
Phosphate de soude desséché	2 —
Sulfate de soude desséché..	2 —

Mêlez pour une dose. Faire dix doses semblables. Dissoudre une dose dans un litre d'eau froide pour faire de l'eau alcaline.

Les premiers jours, on peut ajouter, à un litre de cette solution, 4 grammes d'extrait fluide de condurango. On donnera 3 à 400 grammes de cette solution par 24 heures, par doses de 150 grammes environ, si le pylore est perméable; sinon le malade la prendra par petites quantités de 20 à 30 grammes.

3° *Alimentation.* Il ne faut pas soumettre l'estomac au repos complet; on doit donc proscrire les lavements alimentaires. Le meilleur aliment est le lait : on ne le donnera pas à l'état liquide, mais sous forme de riz au lait, tapioca ou semoule au lait, etc. Ce régime sera suivi pendant cinq jours. On permettra ensuite les œufs, les pâtes, la purée de pomme de terre préparée au lait, la crème, les biscottes, etc.

Le quinzième jour, on pourra prescrire les viandes blanches, les gélatines, les fruits cuits et les légumes. On continuera, pendant cinq à six semaines, l'usage de petites quantités d'eau alcaline entre les repas.

PIERRE SÉE.

Traitement de la dilatation aiguë de l'estomac, par LEWIS A. CONNER (*The am. J. of the med. sc.*, mars 1907). — La dilatation aiguë de l'estomac qui se produit parfois après une opération ou au cours d'une maladie grave se traduit par un ensemble de symptômes qui peuvent s'aggraver jusqu'à la mort. L'auteur étudie surtout la dilatation aiguë de l'estomac post-opératoire se produisant par l'étranglement du duodénum par le mésentère. En dehors des interventions opératoires graves, la dilatation aiguë de l'estomac peut s'observer pendant le cours ou la convalescence de maladies graves, pneumonies, tuberculose miliaire, après des traumatismes, un écart de régime dans certaines conditions. Les symptômes sont ceux d'un étranglement interne suivi de collapsus, avec dilatation énorme de l'estomac.

L'efficacité du traitement dépend de la précocité de l'intervention, sur laquelle il n'y a plus beaucoup à compter lorsque le malade est dans un état d'extrême prostration. La première indication est de vider complètement l'estomac au moyen du tube, ce qui n'est pas toujours facile. Le tube doit atteindre la partie la plus éloignée de l'estomac et on place le malade dans les attitudes facilitant les manœuvres. On répète l'opération plusieurs fois dans les vingt-quatre heures et on supprime tout aliment et toute boisson. Les lavements d'eau salée ou les injections sous-cutanées de sérum remplacent les pertes de liquide. On a recours aussi à l'alimentation rectale. Dans un très grand nombre de cas, ce traitement suffit pour amener une guérison graduelle, mais il faut songer à une obstruction possible du duodénum, et dans ce cas l'emploi du tube stomacal ne sera plus suffisant. Dans un cas de Schnitzlew, la guérison a été obtenue en faisant coucher le malade sur le ventre pendant plusieurs heures. Dans celui de Baumler, la guérison eut lieu, le malade se plaçant dans la position génu-pectorale pendant un quart d'heure toutes les deux heures et se couchant sur le ventre dans l'intervalle. D'autres auteurs relatent des cas analogues, c'est donc un traitement à essayer avant tout autre pour remédier à une constriction possible du duodénum par le mésentère.

Le traitement opératoire de la dilatation gastrique a été essayé dans quelques cas. Sept fois l'estomac fut ouvert et évacué, mais aucun malade ne guérit. La gastro-entérostomie a été faite deux fois avec succès. Petit réussit dans un cas à lever l'étranglement. Mais la gastro-entérostomie est, même dans ce cas, une opération discutable et ne doit être faite qu'en dernier ressort.

L. JUMON.

Traitement des dyspepsies neurasthéniques, par LECLERC (*Bulletin médical de Québec*, janvier 1907). — Les malades doivent d'abord être traités par la psychothérapie : on leur montrera que leurs troubles

doivent disparaître avec un peu d'énergie, mais il est inutile de trop raisonner avec eux, alors qu'il est bien plus facile de les traiter comme des inanitiés ou des gens dont l'alimentation a été défectueuse. On dira donc plutôt au malade qu'il souffre parce qu'il ne mange pas assez, qu'il doit manger même s'il n'a pas faim, qu'il souffrira peut-être davantage les premiers jours, mais que bientôt l'appétit reviendra et que tous les troubles disparaîtront. Plus vite le malade engraissera, plus vite il guérira.

Une enquête chez ces malades montre facilement que le malade absorbe à peine 1.500 calories, d'où la dépression générale et les troubles neurasthéniques dont il se plaint. On permettra alors les aliments d'une digestion facile et, pour ne pas surcharger l'estomac atone, on multipliera les repas (7 à 8 par jour), depuis 8 heures du matin à 9 ou 10 heures du soir. L'estomac évacuera facilement les aliments pris ainsi en petite quantité, reprendra peu à peu sa tonicité à mesure que le malade augmentera de poids.

Comme adjuvant du régime, on aura recours à l'hydrothérapie. Si le malade est peu inanitié, le traitement ne sera pas de longue durée : le régime devra être soutenu, par contre, pendant quelques mois, si l'amaigrissement est profond. L'augmentation de l'embonpoint avec la persistance de l'état dyspeptique est un signe d'incurabilité ; la psychothérapie ne donnera guère de succès. Enfin si, malgré le traitement, le malade n'engraisse pas, il faut croire qu'il nous trompe, et il ne faut pas reculer devant l'isolement avec suralimentation bien suivie.

Dans la dyspepsie hystérique, l'alimentation est secondaire : il faut isoler le malade dans une chambre sombre et lui interdire les visites. Le malade sera nourri au lait avec une énergie inflexible. Secondé par une aide intelligente, on vient à bout des symptômes pénibles en général au bout de quarante-huit heures.

Les dégénérés sont des incurables pour lesquels il faut beaucoup de patience, on essayera la psychothérapie, mais souvent sans grand succès.

L. Jumon.

Les adhérences gastriques et pyloriques, traitement, par W. Abbott (*Saint-Paul med. J.*, mars 1907). — On a accordé peu d'attention aux adhérences gastriques et pyloriques dans la pathologie de l'estomac. L'auteur cite quelques cas qu'il a observés et qui se manifestèrent par des troubles gastriques très sérieux. Ces adhérences sont plus fréquentes qu'on ne le croit ; Robson les a rencontrées dans cinq pour cent des sujets autopsiés.

La douleur épigastrique, les nausées, les vomissements et la dilatation de l'estomac peuvent être dus à des adhérences qui empêchent les mouvements de l'estomac. En général, elles sont dues à un ulcère gastrique antérieur, mais on les a observées aussi chez des sujets qui n'avaient présenté aucun symptôme sérieux antérieur. La péritonite généralisée détermine des adhérences qui sont peu solides et peu denses. Les adhérences se manifestent généralement par une douleur qui s'accroît après l'exercice ou dans la station debout.

Etant donné la nature de la lésion, on conçoit que le traitement interne apporte peu de soulagement et qu'on ne doit pas attendre la guérison des médicaments ou d'un régime spécial. Lorsque des cas se présentent avec des symptômes d'ulcère de l'estomac, ne cédant pas au traitement ordinaire, on ne doit pas les traiter comme étant des dyspepsies nerveuses.

Il est indiqué de faire une laparotomie exploratrice pour rechercher l'existence possible d'adhérences. Si l'on se trouve en présence d'un ulcère, on le traite en conséquence.

Robson s'est demandé si les adhérences opérées n'étaient pas susceptibles de se reproduire : en plaçant les malades dans une position presque assise après l'opération, la guérison s'obtient dans la grande majorité des cas, que les adhérences se reforment ou non. Lorsque ces adhérences se reforment, elles sont moins solides et sont suffisamment lâches pour ne pas gêner la fonction de l'organe sur lequel elles se sont développées.

En résumé, beaucoup de cas de dyspepsie dite nerveuse ou hystérique sont dus à des adhérences de l'estomac et du pylore, et dans tous les cas où l'on fait une opération pour un ulcère, une obstruction du pylore ou une affection de la vésicule biliaire, il faut considérer l'opération comme incomplète si l'on n'a pas supprimé les adhérences qui peuvent exister.

L. Jumon.

Accidents vésiculaires de la lithiase bi-

liaire, par MORICHAU-BEAUCHAMP (*Arch. méd. chir. du Poitou*, mars 1907). — On a peu étudié les troubles qui sont liés au séjour des calculs biliaires dans la vésicule et à leurs efforts de migration restés infructueux. L'auteur cite trois observations de ces troubles qui consistent le plus souvent en douleurs intenses à maximum cystique, crises subintrantes, véritable état de mal biliaire, vomissements, tuméfaction de la vésicule, constipation, absence d'ictère, fièvre minime, réactions nerveuses exagérées au cours de la crise.

Le traitement médical consiste dans le repos au lit, l'emploi des calmants (codéïne, morphine, laudanum) pour calmer les douleurs. Localement l'auteur a remarqué que l'application d'une vessie de glace en permanence donnait des résultats bien supérieurs aux compresses chaudes et aux cataplasmes. Deux malades ne souffrirent plus aussitôt que la glace fut placée et les douleurs reparaissaient immédiatement lorsque l'application était cessée. Les cholagogues, calomel, salicylate de soude, eau de Vichy, ont pu être donnés sans inconvénients, bien que le professeur Gilbert les considère comme contre-indiqués, alors qu'ils ont pour effet de réveiller les crises. Pour calmer l'irritabilité trop grande de la vésicule biliaire, il faut prescrire le repos au lit, le régime exclusif du lait écrémé, pris par petites fractions souvent répétées. Ce mode d'alimentation permettrait de transformer l'écoulement intermittent de la bile en écoulement continu, de sorte que la vésicule ne présenterait plus des alternatives de réplétion et de vacuité. Le traitement suffisamment prolongé pourrait guérir les malades en évitant l'opération.

L. JUMON.

Ictère grave dans un cas de lithiase biliaire, par MM. C. ODDO et MONGES (*Province médicale*, n° 10, 9 mars 1907, p. 107). — MM. C. Oddo et Monges, à l'occasion d'un malade qui mourut d'un ictère grave à la suite d'une lithiase biliaire, expliquent la filière des accidents de la manière suivante : sous l'influence des calculs renfermés dans la vésicule, il se produisit une sclérose hypertrophique de ce réservoir. La sclérose prit une marche ascendante et atteignit le foie. La cirrhose du foie mit la cellule hépatique en état de moindre résistance : l'infection survint sous la forme d'une angiocholite qui se manifesta par de l'ictère. La cellule hépatique subit bientôt la dégénérescence vésiculograisseuse qui amena la mort.

Les auteurs en concluent qu'il faut enlever de la vésicule les calculs biliaires, car ils sont, au même titre que l'appendice infecté, une menace perpétuelle pour l'organisme.

PIERRE SÉE.

Le mode d'action des purgatifs salins (d'après les travaux de M. J.-B. MAC CALLUM). *Tribune médicale*, n° 4, 26 janvier 1907, p. 58 (d'après *Biologie médicale*, n° 8). — Dans cet article sont résumées les expériences de M. J.-B. Mac Callum sur le mode d'action des purgatifs intestinaux. Mac Callum estime que les idées de ses prédécesseurs (Liebig, Schmiedeberg) ne sont pas exactes, parce qu'ils n'ont pas tenu compte du fait que les purgatifs salins provoquent la secrétion intestinale ; en réalité l'hypersecrétion serait telle qu'elle pourrait produire une quantité de liquide dix fois supérieure à celle que contenait primitivement l'intestin. M. Mac Callum s'appuie, pour expliquer l'action des purgatifs salins, sur les expériences suivantes : un animal qu'on soumet à des injections répétées de petites doses de citrate de soude, ne tarde pas à présenter un état d'hyperexcitabilité manifeste. C'est ainsi qu'un lapin, à qui l'on fait pendant cinq mois une injection quotidienne de 5 centimètres cubes de citrate de soude, présente encore des secousses musculaires, alors qu'on a cessé les injections depuis une semaine ; tandis que, pour produire ces accidents chez un animal neuf, il faut 20 à 25 centimètres cubes de liquide. L'auteur en conclut que l'action des sels purgatifs n'est pas spécifique, mais qu'elle porte à la fois sur les muscles et sur les systèmes nerveux et glandulaire. Les purgatifs agiraient en diminuant la concentration des ions calcium libres dans l'organisme. De plus, la présence de sels purgatifs dans l'intestin ne serait pas nécessaire pour obtenir une action purgative ; l'intestin serait, au contraire, la voie la plus lente pour que ces sels produisent leur effet ; et l'auteur estime qu'on obtiendra souvent de bons résultats en faisant des injections intraveineuses ou sous-cutanées de citrate ou de sulfate de sodium (il déconseille le chlorure de baryum et le sulfate de magnésium).

L'auteur discute enfin, sans la trancher, la question de savoir si les purgatifs salins agissent directement sur la muqueuse intes-

tinale, ou s'ils doivent, au contraire, être d'abord absorbés et charriés par le sang pour déterminer une hyperexcitabilité dont l'effet purgatif ne serait qu'un des résultats.

PIERRE SÉE.

Appareil pulmonaire.
Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,
Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Les injections hypodermiques d'un mélange de pétrole et d'éther dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par N. N. VNOUKOV (*Vratchebnaya Gazeta,* 1907, n° 10). — Des recherches bactériologiques ayant montré à Vnoukov que le pétrole mélangé à l'éther exerce sur les bacilles de la tuberculose une action destructive des plus manifestes, l'auteur s'est demandé si ce mélange ne pouvait pas devenir un moyen de traitement des tuberculeux. Pour étudier cette question, il se mit d'abord à expérimenter, sur des cobayes préalablement inoculés de tuberculose, les effets de pulvérisations fréquentes, répétées méthodiquement, pendant des mois, d'un mélange, par parties égales, de pétrole et d'éther, pulvérisations faites dans la cage même où se trouvaient les animaux en expérience, isolés d'un autre lot de cobayes-témoins inoculés également de tuberculose, mais laissés sans traitement. Le résultat de ces recherches fut positif en ce qui concerne l'action nettement favorable, exercée par les inhalations sur la marche de la tuberculose expérimentale. Aussi l'auteur se décida-t-il à entreprendre des essais de traitement de la tuberculose pulmonaire chez l'homme par les inhalations du liquide ci-dessous formulé :

Pétrole	ââ 150 gr.
Ether sulfurique	
Menthol	0 gr. 50 à 1 gr.

On pulvérisait ce mélange près de la bouche grande ouverte du malade qui l'inhalait au moyen d'inspirations profondes, puis se gargarisait avec une infusion de thé froide.

Comme ces inhalations, bien supportées dans certains cas, déterminaient, dans d'autres, une forte irritation de la gorge, l'auteur eut l'idée d'employer le mélange de pétrole et d'éther en injections sous-cutanées. Voici la formule qu'il adopta à cet effet :

Huile de ricin	95 cc.
Ether sulfurique	5 »

Mêlez, puis ajoutez :

Mélange, par parties égales, de pétrole et d'éther	DL gouttes
Menthol	3 gr.

Il importe d'employer, pour réaliser la formule sus-indiquée, exactement 550 gouttes du mélange de pétrole et d'éther, le moindre excès étant susceptible de rendre l'injection douloureuse.

Cette solution était injectée, chaque jour, à la dose de 2 cc., sous la peau soit du thorax, soit du bras, ou encore à la fesse. Le nombre d'injections a varié entre 40 et 150. Elles furent bien supportées, sans jamais donner lieu à des troubles ou des symptômes d'intoxication. Les malades qui ne toléraient pas les inhalations étaient traités exclusivement par la voie hypodermique; chez d'autres, les injections et les inhalations s'employaient concurremment.

Quant aux résultats thérapeutiques, ils furent, sur un ensemble de 106 observations, favorables dans 54 cas. Toutefois, du nombre total des malades traités par le procédé de l'auteur, il y a lieu de défalquer 28 qui, s'étant trouvés à la période ultime de la tuberculose pulmonaire, ne sauraient entrer en ligne de compte. Dans les 54 cas où le résultat du traitement fut positif, les sueurs nocturnes cessaient, la dyspnée, la toux et les crachats s'amendaient, la température fébrile s'abaissait, le poids du corps augmentait en même temps que s'amélioraient les signes physiques et diminuait le nombre de bacilles dans les crachats. Certains de ces malades ont repris leurs occupations habituelles et continuent à travailler, se considérant comme guéris.

V. DE HOLSTEIN.

Phlegmatia alba dolens, par le Dr Manuel DE AUZORANDIE (*Revista de Especialidades,* décembre 1906). — Le phlegmatia alba dolens apparaît en général au cours de certaines infections et cachexies, pendant la convalescence de ces dernières et dans la période puerpérale des accouchements difficiles, qui ont réclamé l'intervention de l'accoucheur.

La lésion de l'endothélium veineux, presque toujours microbienne, est la cause de la formation du thrombus primitif ; la composition chimique du sang et les modifications du courant circulatoire agissent comme coadjuvants de la lésion veineuse.

La douleur violente et instantanée qu'on observe au début de quelques phlegmatias, peut donner lieu à des erreurs de diagnostic, on la confondra avec des crises névralgiques et particulièrement sciatiques.

Dans les phlébites oblitérantes, le danger se trouve dans les symptômes locaux ; dans les formes suppurées on doit toujours craindre la généralisation de l'infection.

Les morts subites qu'on observe, soit dans la période d'état de la phlegmatia, soit dans la convalescence sont produites, presque sans exception, par l'embolie pulmonaire.

Le repos absolu de la partie malade est la base de tout traitement médical de la phlegmatia : dans certains cas, la chirurgie est intervenue avec de bons résultats.

F. Berini.

Quelques considérations sur la gangrène des extrémités inférieures consécutive à l'artério-sclérose et sur son traitement opératoire, par le Dr Julia Villar (*Thèse de doctorat*, Madrid 1906). — Les facteurs qui interviennent dans la production d'une gangrène sont : la diminution de l'énergie vitale des tissus pour des causes mécaniques, physiques ou toxiques : la diminution ou l'altération quantitative ou qualitative des échanges nutritifs dans les territoires cellulaires ou la suppression ou l'affaiblissement de l'action trophique du système nerveux.

Ces causes se trouvent réunies et interviennent dans le mécanisme de presque tous les cas de gangrène sénile ; son évolution dépend du développement des lésions vasculo-nerveuses et de l'intervention des agents microbiens.

Les progrès de l'asepsie et de l'antisepsie ont influé sur le traitement chirurgical des gangrènes des extrémités inférieures.

L'idéal thérapeutique dans les gangrènes serait de restituer la vitalité aux tissus morts; mais comme cela ne peut s'obtenir nous devons nous conformer à l'idéal clinique qui consiste à placer l'organisme dans les meilleures conditions pour qu'il puisse réparer les désordres produits.

Pour obtenir ce résultat, nous devons tâcher de remplir les conditions suivantes: *a*) supprimer le foyer gangréneux ; *b*) faire disparaître les douleurs ; *c*) réaliser des effets durables ou, encore mieux, définitifs.

Ces desiderata seront réalisés avec le traitement opératoire bien dirigé.

Les principales contre-indications de l'opération dérivent de l'état général du malade (âge, maladies concomitantes, etc.) et les indications de l'état local (évolution, nature, complications) et de l'intensité de la douleur, ce qui veut dire : de l'extension des lésions vasculo-nerveuses, l'unique contre-indication dépendant de l'état local et le peu d'extension des lésions gangréneuses coïncidant avec des douleurs localisées et peu intenses et avec des lésions vasculaires limitées.

Une fois l'opération décidée, *elle sera primitive* ; on amputera donc le plus tôt possible, sans attendre que le sillon d'élimination soit marqué.

L'auteur est partisan de l'amputation haute, c'est-à-dire au-dessus du genou, même si la gangrène ne dépasse pas le dos ou la plante du pied, à moins qu'on perçoive le pouls dans la pédieuse et la tibiale postérieure, en arrière de la malléole interne.

F. Berini.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement du tic douloureux de la face, de la sciatique et des névralgies du zona, par A. Robin (*Bull. gén. de thérapeutique*, 15 mars 1907). — L'auteur estime qu'actuellement, au moyen des associations médicamenteuses, on peut arriver à soulager les sujets atteints de tic douloureux de la face, réfractaires aux calmants administrés isolément.

On arrive, par exemple, à soulager pendant quelque temps les sujets malades par les formules suivantes :

Pyramidon.....	0,10	grammes.
Phénacétine.....	0,25	—
Exalgine.....	0,10	—
Poudre de Dower sans ipéca.....	0.20	—

Pour un cachet. Donner 2 ou 3 cachets par jour.

Si l'effet est épuisé, on peut prescrire le sirop suivant :

Pyramidon.....	3	grammes.
Bromure d'ammonium / Iodure d'ammonium..	ââ 5	—
Sulfate de spartéine.. / Chlorhydr. de cocaïne.	ââ 0,10	—
Valérianate de caféine.	0,50	—
Sirop d'écorc. d'oranges	q. s. pour six cuillerées à soupe.	

Deux à trois cuillerées à soupe par jour, au moment des exacerbations douloureuses.

Comme traitement local, l'auteur recommande l'injection quotidienne, au point d'émergence de la branche nerveuse en cause (trou sous-orbitaire), de 1 cc. d'une solution de glycérophosphate de soude à 25 p. 100. Si, après 8 injections, l'effet est nul, on injecte, *loco dolenti*, du bromhydrate de scopolamine. On commence par 1 dixième de milligramme, pour arriver très lentement à un demi-milligramme. On peut enfin injecter de l'aconitine cristallisée ; on commence comme pour la scopolamine et on ne dépasse pas 3 dixièmes de milligramme. Concurremment on fait, deux fois par jour, des pulvérisations d'éther sur les régions douloureuses et sur la nuque.

Comme traitement général, on donnera la poudre de quinquina, un mélange de quinquina gris, rouge et jaune à parties égales (2 à 4 paquets de 1 gramme par jour, après chaque repas, dans une tasse à café).

Quand cette médication provoque des troubles gastriques, on la remplace par les pilules suivantes :

Iodure de potassium..	0,08	grammes.
Acide arsénieux.....	0,001	—
Poudre de rhubarbe..	0,05	—
Extrait de douce-amère	0,10	—

Pour une pilule. Trois pilules par jour aux repas.

Si ce traitement échoue, on recourra à l'électricité appliquée par un spécialiste, et enfin à l'intervention chirurgicale.

Les injections de glycérophosphate de soude donnent de bons résultats dans diverses névralgies, la sciatique notamment.

Pour le zona, le meilleur traitement consiste à dessécher simplement les vésicules en évitant l'infection. On prescrira :

Peroxyde de zinc.....	2	grammes.
Camphre finement pulvérisé.	15	—
Amidon.....	60	—

Mêlez exactement. Poudrez copieusement.

Pour calmer les douleurs consécutives, il suffit en général de donner les pilules suivantes :

Extrait de datura stramonium / Extrait de belladone..... / Extrait de jusquiame.....	ââ 0,01 gr.

Pour une pilule. Une pilule à la tombée de la nuit et une au moment de s'endormir.

En cas de névralgies tenaces, on injectera, au niveau des points les plus douloureux, du glycérophosphate de soude, et dans les cas les plus rebelles, du bromhydrate de scopolamine.

E. Vogt.

Traitement électrique et radiothérapique des névralgies, par Foveau de Courmelles (*Bull. gén. de thérapeutique*, 15 mars 1907). — La faradisation réussit moins bien que la galvanisation : à la face, il faut, pour appliquer celle-ci, des séances longues (5 à 10 m A, une heure, pôle positif sur le trajet douloureux, négatif en pôle perdu). Le patient ne doit accuser ni douleur ni brûlure.

Pour le sciatique, c'est le pôle négatif qui agira le mieux.

L'auteur recommande en outre la photothérapie : l'ultra-violet est le plus sédatif, le bleu l'est un peu moins.

Pour les rayons X et le radium, dont l'efficacité est remarquable aussi, on prendra les précautions indiquées par l'auteur pour éviter les brûlures tardives et difficiles à guérir. L'action de ces agents est immédiate : en quelques minutes, on obtient une sédation dont la durée croît au cours du traitement et qui devient enfin définitive. Les douleurs du zona guérissent en une douzaine de séances, par exemple.

Il faut espacer les séances, quotidiennes d'ordinaire, si le malade a la moindre réaction fébrile au cours des applications de rayons X ou de radium.

E. Vogt.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

Méningisme en tant qu'affection distincte de la méningite au point de vue otologique, par Ch. JACKSON (*Arch. int. de laryng.*, janv. 1907). — Le méningisme est un état morbide, caractérisé par un syndrome méningitique, mais sans inflammation endocrânienne.

La pathogénie de ces troubles peut être due à l'irritation, à la toxémie ou être d'origine réflexe.

L'auteur passe en revue les causes prédisposantes, puis les causes déterminantes et la symptomatologie du méningisme sur lesquelles nous passerons pour arriver au pronostic.

Le pronostic est favorable pourvu que l'état ne soit pas l'avant-coureur de la vraie méningite ; mais on manque de signes certains pour les distinguer.

Les modifications du fond de l'œil sont habituellement tardives, mais acquièrent une grande valeur, pour le diagnostic, si elles sont positives ; si elles sont négatives, il n'y a pas lieu d'en tenir compte ; il en est de même de la ponction lombaire suivie d'examen microscopique. La raie méningitique manquait dans les 62 cas observés.

La forme de méningisme due à l'irritation se traduit par des symptômes unilatéraux d'éréthisme comme il en survient après les traumatismes unilatéraux.

Dans les formes réflexe et toxique, les symptômes sont bilatéraux.

Dans quelques cas, l'emploi de drastiques et surtout du calomel permettra d'éliminer le méningisme toxémique.

L'action calmante de faibles doses de morphine dans le méningisme permettra de distinguer cet état de la méningite.

La rigidité de la nuque qui dure plus de quarante-huit heures doit faire craindre les plus graves complications endocrâniennes.

Si, dans l'otite moyenne aiguë, la raideur de la nuque, la fièvre et la céphalée persistent deux jours, sans diminuer, après une ouverture du tympan, le diagnostic de méningite est plus probable que celui de méningisme.

Le traitement prophylactique de la forme irritative du méningisme consiste, dans les interventions, à proscrire les solutions irritantes et à éviter la compression des sinus.

Le repos absolu dans une chambre obscure, la tranquillité, sont nécessaires ; la vessie de glace sur la tête peut être utile ainsi que les ablutions froides.

Dans la forme toxémique, il faut recourir aux purgatifs, au calomel notamment, aux diurétiques et aux diaphorétiques.

Si la toxémie a pour origine une suppuration de la caisse du tympan, la trépanation de la mastoïde s'impose même quand il n'y a pas de signe de mastoïdite.

Le méningisme d'origine réflexe ou par irritation voit les symptômes calmés promptement par la morphine.

A. COURTADE.

Traitement conservateur de l'otite moyenne suppurative, par C. HEATH (*St Paul Med. J.*, mars 1907). — D'une façon générale dans le traitement des maladies de l'oreille, il ne faut introduire aucun médicament, mais plutôt enlever le pus s'il y en a. Les injections répétées irritent la membrane du tympan et le conduit auditif. Les poudres et les liniments empêchent le drainage : on doit quelquefois se servir d'irrigations, mais le moins possible.

Dans l'otite aiguë, le traitement interne donne de bons résultats. Contre la douleur, employer le bromure de potassium ou l'opium : le calomel semble avoir un effet favorable. Le repos au lit est nécessaire avec la fièvre.

Cliniquement il semble y avoir une différence marquée entre le catarrhe aigu de l'oreille moyenne et l'otite suppurative moyenne et, bien que le diagnostic soit difficile, il est néanmoins important parce qu'on peut faire des insufflations dans le catarrhe, mais non dans la forme suppurative. Contre le catarrhe de l'oreille moyenne, on prescrira un régime léger, des purgatifs surtout salins. La chaleur sèche appliquée dans le conduit auditif, les sangsues sur le tragus ou derrière le lobule, calment la douleur. Il y a peu à attendre de solutions d'opium, de cocaïne, etc. Pour rétablir la perméabilité de l'oreille moyenne, les insufflations par la trompe d'Eustache ont une grande importance, mais il faut les éviter s'il y a du pus, afin de ne pas propager l'infection.

Si l'otite catarrhale devient suppurative, ce qui se traduit par l'aggravation de la douleur, la sensation de tension, la fièvre,

la saillie du tympan, la paracentèse devient nécessaire et se fait à l'aide de l'anesthésie générale dans le quadrant inférieur et postérieur.

Après la paracentèse ou rupture spontanée, on a un abcès dont il faut faciliter le drainage. L'auteur au lieu de faire des irrigations se contente de retirer le pus par l'application de gaze ou de coton absorbant, ou même de retirer le pus par aspiration à l'aide d'un tube de caoutchouc muni d'une poire à son extrémité. Au bout de trois semaines dans les cas favorables, la perforation se ferme. Pour prévenir la récidive, il est recommandé d'enlever les végétations adénoïdes ou les amygdales hypertrophiées chez les enfants.

L'indication primordiale dans l'otite suppurative moyenne est de guérir l'abcès et de sauvegarder l'ouïe. Au début le traitement est le même que dans le cas précédent. Mais on ne doit pas retarder la paracentèse du tympan, faite dans des conditions rigoureuses d'asepsie. On peut obtenir une anesthésie locale suffisante en pratiquant une injection de cocaïne dans le sillon en arrière du lobule de l'oreille et en faisant pénétrer l'aiguille jusqu'au voisinage de la muqueuse du conduit auditif externe. On évitera ici les insufflations par la trompe d'Eustache. Un bon drainage par la membrane du tympan est de la première importance.

L. Jumon.

De la sinusite frontale sèche, par Pugnat (*Arch. internal. de laryng.*, janv. 1907). — En mai 1906, M. Trétrop a décrit un état pathologique caractérisé par de vives douleurs localisées à un sinus frontal et à la moitié de la face correspondante, par l'absence de sécrétion nasale et l'obstruction nasale de ce même côté ; il lui donna le nom de sinusite frontale sèche.

M. Pugnat a observé deux cas qui correspondent à cette description. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 26 ans, qui éprouve de violentes douleurs au-dessus de l'œil droit depuis trois jours ; les douleurs débutent à 5 heures du matin et durent jusqu'à 3 ou 4 heures du soir ; elles sont exaspérées par la moindre pression exercée sur la région. Comme lésion nasale, on ne trouve qu'une légère tuméfaction du cornet inférieur droit ; la transparence est normale. Un tampon d'ouate imbibé d'une solution de cocaïne à 10 p. 100 et d'adrénaline 0 gr. 25 pour 1.000 appliqué vers le méat supérieur, procura une grande détente au bout d'une heure, et deux jours après les douleurs avaient disparu.

Le deuxième cas concerne une jeune fille de 22 ans, traitée déjà d'un ozène classique par des injections sous-muqueuses de paraffine ; elle présenta les mêmes symptômes que le malade précédent et fut rapidement guérie par des pansements intranasaux.

Elle est atteinte de nouveau par des douleurs intenses qui surviennent le matin ; on ne constate rien de particulier dans la fosse nasale et la transparence du sinus frontal est normale.

La pression au niveau de l'angle interne de l'œil détermine une douleur très vive. Il existe une légère tuméfaction autour de l'œil, et la paupière supérieure gonflée fait paraître l'œil droit plus petit que le gauche.

Après trois pansements, la malade se sent très affaiblie, ne peut se tenir sur ses jambes et présente de l'excitation motrice, de l'insomnie ; les pansements à la cocaïne sont remplacés par des fumigations et de la poudre à base de menthol. L'amélioration se manifeste au bout de trois jours et, le soir du quatrième, la malade « a la sensation qu'elle va avoir un rhume » ; en effet, elle mouche abondamment du pus jaunâtre, épais, dont l'expulsion est suivie de la diminution des douleurs.

Se basant sur la communication de M. Trétrop et ses deux observations, l'auteur pense que les douleurs ne sont pas dues à un état névralgique, mais à la congestion de la muqueuse des sinus et à l'inflammation du périoste sous-jacent ; cet état peut n'être que la première étape d'une sinusite purulente qui se termine, comme dans la deuxième observation, par l'expulsion de la sécrétion.

A. Courtade.

Fréquence de l'intervention dans les laryngites aiguës de l'enfance en dehors de la diphtérie, par Laval (*Arch. int. de laryng.*, janv. 1907). — Les laryngites aiguës de l'enfance accompagnées de tirage permanent et simulant le croup sont assez fréquentes.

L'auteur rapporte, dans un tableau, 42 cas de laryngopathies ayant nécessité l'intervention :

21 fois pour laryngite pseudo-membraneuse diphtérique.

7 fois pour laryngite pseudo-membraneuse non diphtérique.

14 fois pour laryngite aiguë, sans fausses membranes.

Les laryngites aiguës entrent donc pour la moitié dans les cas où l'intervention opératoire est nécessaire.

Si dans la diphtérie on possède un traitement énergique, la sérothérapie, pour combattre la cause de la dyspnée, il n'en est pas de même dans les laryngites aiguës sténosantes.

Au point de vue de la mortalité, les laryngites diphtériques ont fourni 5 décès sur 21 malades, soit 23,8 p. 100 ; les laryngites pseudo-membraneuses non diphtériques, 2 décès sur 7 : 28,7 p. 100 ; et les laryngites aiguës sans fausses membranes, 5 sur 14 : 35,7 p. 100. C'est donc cette dernière, la laryngite aiguë sous-glottique, dont le pronostic est le plus grave.

La cause de cette mortalite considérable est en partie l'âge du sujet, mais surtout la difficulté ou même l'impossibilité de pratiquer l'intubation.

Sur les 5 cas dont la terminaison fut fatale, trois fois le tubage fut impossible et une fois on n'y parvint qu'avec les plus grandes difficultés.

Que cette difficulté à pratiquer l'intubation tienne à un œdème sous-glottique très marqué ou à la déviation, la compression de la trachée par adénopathie, il n'en faut pas moins recourir, dans ce cas, à la trachéotomie.

En général, les enfants succombent à des complications broncho-pulmonaires et on peut se demander si cette complication est le fait de la trachéotomie ou des tentatives plus ou moins violentes de tubage.

La conclusion de l'auteur est que, loin de regarder la laryngite aiguë de l'enfance comme moins grave que la laryngite diphtérique, elle l'emporte sur cette dernière par la fréquence de l'issue fatale.

A. Courtade.

Maladies des voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Traitement de l'incontinence nocturne d'urine, par L. Pouliot (*Archives méd. ch. du Poitou*, mars 1907). — L'incontinence nocturne d'urine des enfants et des adolescents ne relevant d'aucune cause nettement définie, c'est-à-dire essentielle, est une affection des plus rebelles à la thérapeutique. Le réveil systématique de l'enfant à certains intervalles pendant la nuit n'est qu'un palliatif, d'ailleurs applicable seulement aux cas d'intensité moyenne. Bien souvent les parents n'ont pas attendu l'avis du médecin pour diminuer les boissons et supprimer le café, le thé et les autres excitants.

Avant d'instituer un traitement on recherchera quelle est la réaction des urines. Si cette réaction est normale, le cas est probablement rebelle. Si l'urine est alcaline, le traitement est beaucoup plus simple et doit viser à restreindre la déminéralisation de l'organisme et à empêcher les fermentations urinaires ; on prescrira alors le salol ou l'urotropine.

Pour combattre directement l'incontinence nocturne d'urine, on s'adresse en général d'abord aux antispasmodiques. Le bromure de potassium a été donné à la dose très élevée de 50 centigrammes par année d'âge et par jour. La belladone et ses dérivés paraissent le médicament le plus efficace. On donnera aux enfants la teinture à la dose de deux gouttes par année d'âge dans une potion calmante ou encore la solution au millième de sulfate d'atropine à la même dose, qu'on portera jusqu'à quatre ou cinq gouttes par année d'âge, suivant l'accoutumance.

L'antipyrine à la dose de 2 ou 3 grammes en deux ou trois fois en une heure, au coucher, a donné quelques succès. On a conseillé d'autre part la strychnine, en pensant que l'incontinence procédait d'une atonie du sphincter vésical. L'ergotine à la dose de 20 à 30 centigrammes, l'extrait fluide de rhus aromatica à la dose de cinq à dix gouttes répondent à la même indication.

Les modifications de l'état nerveux général, les soins hygiéniques, l'alimentation réconfortante, l'hydrothérapie surtout sous forme de drap mouillé, jouent un rôle important dans le traitement.

Lorsque tout traitement a échoué, on peut recourir aux injections épidurales, dont la technique a été réglée par Cathelin. On injecte ici suivant l'âge et la tolérance de l'enfant de 5 à 15 centimètres cubes de sérum artificiel contenant du chlorhydrate

de cocaïne (1 p. 500) : on fait en général 2 à 6 injections à un jour d'intervalle avec 5 centimètres cubes d'une solution de cocaïne à 1 p. 500, ou avec 5 à 15 centimètres cubes de sérum artificiel. La guérison est en général définitive.

L. Jumon.

A propos du traitement des épididymites blennorragiques, par L. Dandois (*Revue médicale de Louvain*, 28 février 1907). — Le Dr Baermann, assistant du professeur Neisser, avait observé que les ponctions de l'épididyme, faites dans un but d'examen, procuraient un grand soulagement et hâtaient même l'évolution de la maladie : de là l'idée d'appliquer la ponction dans un but thérapeutique, mais celle-ci a l'inconvénient d'être très douloureuse.

Il est un autre procédé analogue à ce dernier, qui pourrait remplacer dans la plupart des cas l'application banale, inutile et intempestive, des résolutifs ou des révulsifs, c'est la ponction de la tunique vaginale, dont les résultats sont le plus souvent merveilleux. Ces résultats sont excellents, même dans les cas de ponction blanche. D'après Schindler, qui a fait des recherches sur ce point, il faut faire à chaque séance des ponctions multiples, la première sur le point qui semble le plus fluctuant, les autres autour de ce point. Dès après les séances, les douleurs disparaissent, même la sensibilité à la pression. La fièvre tombe par crise ou lysis, et la résorption est très activée.

La ponction est à peu près indolore et n'exige pas d'anesthésie. Après l'intervention, on fait un pansement humide et on place un suspensoir qu'on recouvre de sacs de sable chaud ou d'appareils analogues. La durée du traitement est abrégée de moitié.

L'application de la bande par le traitement de Bier offre plus de minutie et moins de sûreté dans les résultats. Si cette application, bien faite, ne provoque pas de douleurs, on peut le laisser en place 22 à 30 heures. Mais les douleurs peuvent reparaître au cours de l'application. Un autre avantage de la ponction est de ne pas nécessiter l'hospitalisation. Enfin, dans beaucoup de cas, elle permet d'évacuer du pus formé dans la tunique vaginale.

La ponction peut se pratiquer avec la seringue de Pravaz ou avec la seringue de Roux : l'aspiration se fait sans trop insister, jusqu'à ce qu'elle ramène du liquide.

L'incision de la vaginale, suivie d'un court drainage, a le grave inconvénient d'exposer à une suppuration prolongée. Quant à l'incision de l'épididyme enflammé, qui a été pratiquée dans les derniers temps pour évacuer le pus et comme traitement idéal de l'affection, elle doit, sauf exceptions bien rares, être rejetée.

L. Jumon.

Traitement des rétrécissements de l'urèthre chez la femme, par P. Hamonic (*Revue clin. d'androl. et de gyn.*, 13 mars 1907). — La facilité du traitement rend le pronostic des rétrécissements bien moins grave chez la femme que chez l'homme. La dilatation est le procédé de choix et s'effectue de plusieurs façons. Dans un cas, l'auteur après avoir vidé la vessie a placé dans l'urèthre une tige de laminaire. Au bout de quatre heures, il fit uriner la malade et remit une nouvelle tige plus grosse. La dilatation fut achevée avec des bougies métalliques droites. Arrivé au numéro 60, pour augmenter l'action dilatatrice, l'auteur a appliqué deux fois de suite, à trois jours d'intervalle, le dilatateur à trois branches. On pouvait alors explorer avec facilité la vessie avec le doigt. La malade perdit une partie de cette dilatation extrême, mais l'urèthre conserva dans la suite un calibre correspondant au numéro 55. La malade n'a jamais eu d'incontinence d'urine, même au moment de la plus forte dilatation.

La divulsion a été conseillée par quelques chirurgiens, mais elle offre des dangers. L'auteur a cependant souvent pratiqué la dilatation brusque chez la femme, surtout pour traiter certaines cystites rebelles qui cèdent à ce procédé. Les accidents consécutifs se bornent à quelques accès de fièvre sans importance, à de la douleur locale et de petites métrorragies qui s'arrêtent d'elles-mêmes. Mais il s'agissait alors d'urèthre non rétréci et par suite doué d'une grande élasticité.

L'auteur estime d'autre part que les bougies de gomme ne peuvent donner de résultats durables.

La dilatation progressive et jamais brusque paraît être le procédé de choix dans les rétrécissements de la femme. On commencera avec des bougies de gomme, ou mieux avec la laminaire ou des cordes à boyau, on la continuera avec les Beniqué ou les

bougies métalliques de l'auteur, et on la terminera avec le dilatateur à trois branches précédemment manié.

Si on avait affaire à un rétrécissement fibreux et indilatable, on emploierait l'uréthrotome à bascule de Civiale ou même l'uréthrotome à double lame de l'auteur. Si le rétrécissement est scléreux et très épais il vaut mieux pratiquer la résection directe à l'aide de l'uréthrotomie externe. Une sonde est enfoncée et maintenue jusqu'au rétrécissement. L'auteur incise alors longitudinalement la paroi vaginale qui est décollée pour isoler l'urèthre; celui-ci est alors incisé en deçà et au delà de l'anneau fibreux qui se trouve réséqué. Les deux bouts uréthraux sont suturés, en laissant quelques jours une sonde à demeure. Si le rapprochement est impossible, on laisse la plaie se former par bourgeonnement autour de la sonde et on réunit simplement la muqueuse vaginale par des sutures transversales. Il faut avoir soin dans la suite d'entretenir le calibre par des dilatations. La résection uréthrale convient aux urèthres dont les tissus sont trop profondément altérés. Dans cette résection il faut respecter la région du sphincter vésical pour éviter l'incontinence d'urine. L'urèthre est reconstitué aux dépens de la muqueuse vaginale.

L. Jumon.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL,
Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité.

Considérations thérapeutiques sur l'infection puerpérale, par le Dr Trinidad Espinosa (*Revista de Especialidades*, novembre 1906). — Les complications du puerperium sont ordinairement très graves, car aux diverses espèces microbiennes qui les déterminent, il faut ajouter l'auto-intoxication gravidique qui se produit souvent : il en résulte une intoxication complexe, dont aucun des facteurs ne doit être oublié si l'on institue un traitement rationnel. Le diagnostic bactériologique est d'une grande importance, car il peut fournir d'excellentes indications thérapeutiques.

Le diagnostic du point d'entrée, ainsi que celui de la localisation de l'infection, doivent se faire avec beaucoup de soin, car l'endométrite puerpérale n'est pas la lésion constante.

S'il y a infection de l'endometrium, la première indication doit être de nettoyer la matrice, et le procédé de choix sera celui qui permettra de le faire d'une manière complète, inoffensive et avec une antisepsie parfaite. Le curettage est dangereux. Le raclage digital est indiqué, surtout dans les premiers jours après l'accouchement.

L'écouvillonnage de la matrice complétera le traitement précédent, et cette manœuvre à elle seule est très recommandable, car non seulement elle produit un nettoyage mécanique, mais encore on arrive ainsi à mettre en contact pendant un certain temps des substances antiseptiques avec la paroi utérine.

Les pratiques décrites doivent presque toujours précéder les injections intra-utérines, car celles-ci sont souvent insuffisantes pour expulser le contenu putride de la matrice.

Quand, par exception, l'ouverture du col n'est pas suffisante pour introduire des instruments, on ne doit pas employer pour dilater des dilatateurs devant rester longtemps en place, car alors la matrice se transforme en cavité close et on augmente l'infection.

L'athmocaustie de Pincus est un beau moyen de traitement local. La thermo-insuflation d'air chaud offre quelques indications qui ne sont pas encore bien précisées.

L'antisepsie générale intra-organique (injections intra-veineuses, etc.) pratiquée avec des antiseptiques minéraux, dans les cas de bactériohémie, n'est pas inoffensive.

La sérothérapie doit être pratiquée dans l'infection puerpérale. L'opothérapie et la sérothérapie cherchent à imiter le processus curatif naturel.

La leucocytothérapie doit être favorisée : elle provoque l'hyperleucocytose par tous les moyens dont dispose la thérapeutique cellulaire.

La toxémie puerpérale (bactériotoxémie, auto-intoxication gravidique) sera combattue par les moyens précédents, mais elle peut être traitée aussi d'une manière plus spéciale : *a*) en favorisant les oxydations (procédé naturel de destruction des toxines) au moyen des oxydases; *b*) en ne s'oppo-

sant pas à leur destruction par des médications inopportunes ; c) par la thérapeutique éliminatrice, au premier rang de laquelle se trouve l'alimentation lactée, avec les injections salines, l'hygiène intestinale et la balnéation.

L'instruction hygiénique de la femme et la mise en œuvre des préceptes hygiéniques spéciaux à la grossesse sont les meilleures garanties de non-complications au moment de l'accouchement.

F. Berini.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Sur l'allaitement au sein, par M. H. Neumann (*Soc. de méd. de Berlin*, 30 janvier 1907). — L'allaitement au sein qui est le meilleur procédé pour nourrir les nouveau-nés est indispensable quand il s'agit de prématurés. Pratiqué dès les premiers jours chez les nourrissons bien portants, il constitue le meilleur traitement prophylactique des convulsions de l'enfance, des entérites, du rachitisme, etc. L'allaitement artificiel donne des résultats beaucoup moins favorables, surtout dans les classes pauvres, qui ne peuvent apporter la même attention aux soins hygiéniques et à la bonne qualité du lait.

Pierre Sée.

Sténose pylorique chez le nourrisson, par A. Weymeersch (*La Belgique médicale*, 14 mars 1907). — Cliniquement le syndrome pylorique est caractérisé par l'apparition, en pleine santé ou à la suite de troubles entériques, de vomissements incoercibles, non bilieux survenant plus ou moins rapidement après la tétée. Les vomissements se produisent souvent sous forme de jet. En même temps le péristaltisme visible de l'estomac est très frappant : ce phénomène est intermittent. On ne constate que peu ou point de dilatation gastrique et dans 10 à 20 p. 100 des cas on perçoit une tumeur pylorique. Il survient bientôt une constipation opiniâtre et il persiste seulement quelques rares évacuations d'un liquide verdâtre : le ventre est mou et rétracté. L'affection a été attribuée soit à un spasme du pylore, soit à une hypertrophie du muscle du pylore, soit encore à une sténose réelle avec hypertrophie. On a opposé à cette affection un traitement soit chirurgical, soit simplement médical : ce dernier a donné de nombreuses guérisons. D'après Thomson, il faut écarter toute cause d'irritation de l'estomac en réduisant au minimum les résidus alimentaires, en lavant l'estomac, en appliquant des compresses sur le ventre, en donnant des sédatifs. Pour combattre la déshydratation on aura recours aux lavements nutritifs et aux injections de sérum. Le lait de femme est donné, si possible, parfois à la cuiller et glacé. Quelques-uns ont conseillé la diminution de la nourriture, soit une cuillérée à café toutes les vingt minutes. On a essayé toutes les décoctions végétales, l'eau albumineuse, le lait peptonisé et le babeurre. Dans un cas l'auteur a réussi à obtenir une guérison en mettant l'enfant au sein toutes les demi-heures pendant deux ou trois minutes et en donnant avant chaque tétée une cuillerée à café d'une potion au bromure de potassium ; l'enfant prenait ainsi trente centigrammes de bromure par jour.

L. Jumon.

La gélatine en injection sous-cutanée contre le melæna des nouveau-nés (d'après *Sem. médic.* N° 8, 20 fév. 1907, p. 94). — La gélatine possède des propriétés coagulantes : utilisées depuis longtemps chez l'adulte, elles peuvent rendre de grands services pour arrêter, chez le nouveau-né, les hémorragies du tube digestif. C'est ainsi qu'en 1903, MM. Heyn et Schubert arrêtèrent le melæna d'un nouveau-né en faisant deux injections sous-cutanées de gélatine. M. Schubert a observé un nourrisson qui présenta, quatre jours après sa naissance, de l'ictère et des hématémèses, et auquel il pratiqua, de chaque côté de la région dorsale, une injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes d'une solution de gélatine à 2 p. 100.

Il fit le lendemain une nouvelle injection de 20 centimètres cubes. L'enfant guérit rapidement et les hémorragies ne se reproduisirent plus.

Pierre Sée.

Pleurésies purulentes chez l'enfant, par le Dr Adolfo Hinajar (*Revista Especialidades*, novembre 1906). — La pleurésie chez l'enfant diffère notablement de celle de l'adulte,

et l'auteur croit qu'on doit en faire une étude à part. Ces différences dépendent de la fréquence et de la nature de la maladie.

Dans la partie thérapeutique du mémoire, l'auteur dit qu'une fois le diagnostic de pleurésie assuré, on doit intervenir de suite sans attendre une guérison spontanée, impossible et sans recourir à des moyens nuisibles.

L'intervention variera suivant les pleurésies : dans les plus fréquentes, celles à pneumocoques, on pourra essayer la ponction, si l'on a vu le malade dès le premier jour de la maladie ; si la ponction échoue, on fera la pleurotomie avec résection costale. Si l'on n'a vu le malade que loin du début de la maladie, on commencera par la pleurotomie avec résection : dans les cas rares où l'affection serait due au streptocoque, on fera une large incision et un minutieux nettoyage ; si l'on a affaire au bacille de Koch, on recourra à des ponctions répétées.

On doit se rappeler que le maximum de réussite, pour la pleurotomie avec résection, est obtenu quand on intervient après vingt jours de maladie si celle-ci est due aux pneumocoques.

La chloroformisation n'est pas nécessaire.

Dans les pleurésies à pneumocoques, les lavages pleuraux ne sont pas nécessaires : quand il y a association microbienne, il faut les pratiquer.

Le drainage ne doit être supprimé que lorsqu'on sera sûr que toute suppuration a disparu.

Dans les pleurésies à pneumocoques, les résultats thérapeutiques sont complets ; le poumon respire parfaitement et la déformation consécutive à l'évacuation du pus disparaît avec la croissance ; en revanche, dans les autres pleurésies purulentes, les résultats sont presque toujours désastreux.

F. Berini.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT,

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Action des médicaments contenant du fer sur les dents, par Morgenstern (*Therap. Monatshefte*, mars 1907). — L'auteur a institué une série de recherches sur ce sujet, et il en conclut que l'action délétère du fer sur le système dentaire varie énormément avec la formule chimique du médicament. Le citrate, l'albuminate de fer n'exercent pour ainsi dire aucune action sur l'ivoire et le cément, alors que le lactate, le sulfate, plusieurs eaux ferrugineuses provoquent une décalcification plus ou moins marquée.

L'iodure et le perchlorure sont éminemment nuisibles.

Cette influence ne dépend pas de la proportion de fer contenue dans la préparation, car celle-ci est souvent minime, dans les eaux minérales, par exemple : dans ce dernier cas, il se peut que des sels terreux viennent exalter l'effet du fer.

L'auteur recommande aux pharmaciens d'essayer les préparations ferrugineuses qu'ils possèdent à ce point de vue : il s'est servi, pour ses expériences, de coupes microscopiques de dents qu'il a soumises à l'action de solutions martiales diverses.

E. Vogt.

Un cas d'intoxication par le sublimé, par M. Bouis (*Bull. de la Soc. médico-chirurg. du Var*, décembre 1906). — M. Bouis communique l'observation d'un sujet qui avala six paquets contenant chacun 50 centigrammes de sublimé et 2 grammes d'acide tartrique. Il prescrivit l'ipéca, l'eau albumineuse en grande abondance pour provoquer des vomissements. Le stomatite mercurielle fut traitée par des lavages de la bouche au chlorate de potasse, puis à l'eau oxygénée.

Le malade fut rapidement hors de danger et ne conserva que de l'intolérance gastrique.

Pierre Sée.

Le tannin contre certaines douleurs dentaires, par Max Kner (*Wien. med. Presse*, 17 mars 1907). — L'auteur a très souvent eu l'occasion d'observer dans sa pratique en dehors de la pyorrhée alvéolaire des douleurs analogues à des névralgies ou du rhumatisme siégeant sur une ou plusieurs dents et résistant à la plupart des moyens employés. Bien souvent le malade réclamait l'extraction de sa dent. Dans ces conditions l'auteur se servit d'une solution alcoolique concentrée de tannin :

Tannin ..... 2 grammes.
Alcool rectifié..... 10 —

il badigeonnait avec un tampon d'ouate trempé dans cette solution tout le côté douloureux sur le bord gingival il confiait alors la solution au patient pour qu'il se fît ainsi des badigeonnages si les douleurs devenaient plus intenses. Or, après le badigeonnage, la douleur disparaissait complètement. La pyorrhée, d'un autre côté, cède au tannin beaucoup plus rapidement et facilement qu'avec le nitrate d'argent et d'autres moyens. Il est probable que la solution de tannin pourrait également être employée avec succès contre la douleur dentaire de cette origine. Les badigeonnages avec le tannin ont encore l'avantage d'affermir des dents qui étaient peu solides.

L. Jumon.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Modifications aux taxes d'examen. — Un décret présidentiel abolit la perception de la rétribution dénommée : « droit de robe » dans toutes les facultés et écoles d'enseignement supérieur.

En ce qui concerne les examens de médecine et de pharmacie, les modifications suivantes sont apportées aux droits d'examen :

Médecine. — 1er examen de doctorat. 40 fr.
1er examen de chirurgien-dentiste... 40 fr.
1er examen de sage-femme de 1re classe..... 45 fr.
1er examen de sage-femme de 2e classe..... 25 fr.

Pharmacie. — 1er examen de fin d'études de pharmacien de 1re classe..... 90 fr.
1er examen de fin d'études de pharmacien de 2e classe..... 60 fr.
Examen d'herboriste de 1re classe... 55 fr.
Examen d'herboriste de 2e classe :
Paris..... 55 fr.
Départements..... 35 fr.

Académie. — Examen du certificat d'études exigé des aspirants au titre de chirurgien-dentiste..... 35 fr.

Ce décret est mis en vigueur à partir du 1er mars 1907.

XIVe Congrès international de médecine (1909 à Budapest), — Les divers comités, tels que : d'organisation, d'exécution, des finances et de réception, s'étant constitués, le règlement du futur Congrès a été arrêté.

Il en est de même en ce qui a rapport aux diverses sections qui sont au nombre de 21, attendu que chaque branche de la médecine a été dotée d'une section spéciale.

La date de l'ouverture du futur Congrès a été fixée au 29 août 1909, et les séances auront lieu jusqu'au 4 septembre suivant.

La première circulaire, constatant le règlement et tout ce qu'il importe de savoir, sera lancée dans le courant de l'année 1907. D'ici là le secrétaire général du Congrès (Adresse : *XVIe Congrès International de Médecine, Budapest, VIII, Esterhazy uteza* 7), se charge volontiers de donner les informations de toute nature éventuellement demandées par ceux qui s'intéressent à ce Congrès,

Consultation Pierre Budin. — Un Comité vient de se former pour honorer la mémoire du regretté professeur Pierre Budin. Il ouvre une souscription en vue de fonder une consultation de nourrissons destinée à être une école pratique de puériculture et qui portera le nom de Pierre Budin.

Le Comité d'initiative est présidé par M. Paul Strauss, sénateur, président de la Ligue contre la mortalité infantile et a pour trésorier M. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel d'histologie pathologique, par les professeurs CORNIL et RANVIER, publié avec la collaboration des Drs BRAULT et LETULLE, 3e édition entièrement refondue. *Tome troisième* avec la collaboration de MM, les Drs GOMBAULT, A. RICHE, NAGEOTTE, DURANTE, F. BEZANÇON, R. MARIE et TH. LEGRY. (*Cerveau, Centres nerveux inférieurs, Nerfs, Cœur, Artères et veines, Vaisseaux et ganglions lymphatiques, Rate, Larynx.*) 1 volume grand in-8°, de 1170 pages, avec 388 gravures en noir et et en couleurs, 35 francs. Félix Alcan, éditeur.

Le système nerveux occupe la partie la plus importante de ce volume. *Le cerveau* est rédigé par MM. GOMBAULT et A. RICHE. On y trouve les lésions des méninges, la congestion, l'anémie et l'œdème du cerveau et des méninges, les encéphalites, les méningo-encéphalites, la syphilis méningée et cérébrale, la tuberculose cérébrale et méningée, les lésions des artères cérébrales, les tumeurs cérébrales et les parasites du cerveau.

Les *centres nerveux inférieurs* sont dus a MM. NAGEOTTE et A. RICHE, médecins de Bicêtre. Les dégénérations de ces centres, les lésions des méninges, des ganglions rachidiens de la moelle, les myélopathies, les lésions de la moelle dans les intoxications, les myélites dégénératives progressives, les lésions primitives de l'appareil épendymaire et névroglique sont successivement passées en revue.

Les *nerfs* sont étudiés par le Dr G. DURANTE, qui débute par une vue d'ensemble sur la cellule segmentaire à l'état pathologique : la notion de la cellule segmentaire étant relativement nouvelle et la théorie du neurone ayant encore de nombreux partisans, l'auteur expose les arguments invoqués pour et contre chacune de ces conceptions.

Le Dr R. MARIE, médecin des hôpitaux, s'est chargé du *système vasculaire*; péricarde, myocarde, endocarde, artères et veines sont examinés selon les lésions qu'ils peuvent présenter.

Le *système lymphatique* est rédigé par le Dr F. BEZANÇON, agrégé de la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux : les vaisseaux lymphatiques, la rate, les ganglions lymphatiques donnent lieu à des études particulièrement intéressantes.

Le dernier chapitre, dû au Dr TH. LEGRY, agrégé de la Faculté de Paris et médecin des hôpitaux, est consacré au *larynx* : c'est le début du système respiratoire, dont la suite sera étudiée dans le Tome IV.

Ce volume recevra du public médical le même favorable accueil que les deux premiers. Le quatrième volume, terminant l'ouvrage, paraîtra dans le courant de l'année 1907.

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par C. CRINON, Pharmacien de 1re classe, Ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris, Directeur du *Répertoire de pharmacie* et des *Annales de chimie analytique* (14e édition 1907, Rueff, éditeur, 6 et 8, rue du Louvre, Paris. *Prix : 4* francs).

Dans la quatorzième édition qu'il publie aujourd'hui, M. Crinon a introduit les médicaments nouveaux ayant fait leur apparition dans le courant de l'année qui vient de s'écouler ; parmi ces médicaments, les plus importants sont l'*Arhovine*, la *Benzosaline*, l'*Iodacétone*, le *Mergal*, le *Néosiode*, l'*Omorol*, le *Proponal*, le *Protiode*, le *Protosal*, la *Saïodine*, le *Sophol* et la *Vésipyrine*.

Continuant de se conformer au système qu'il a adopté dans le principe, M. Crinon a consacré peu de place aux substances encore peu étudiées et ne paraissant pas destinées à un véritable avenir thérapeutique, et les développements dans lesquels il est entré ont été, en général, proportionnés à l'importance réelle ou présumée des médicaments.

Le plan de l'ouvrage est resté le même : on y trouve indiqués sommairement et successivement, pour chaque substance, le mode de préparation, les propriétés physiques et chimiques, les caractères distinctifs, l'action physiologique, l'action thérapeutique, les formes pharmaceutiques qui se prêtent le mieux à son administration, et, enfin, les doses auxquelles elle peut être prescrite.

Les premières éditions de la *Revue des médicaments nouveaux* de M. Crinon ont reçu, des médecins et des pharmaciens, un accueil qui permet d'augurer le même succès pour celle qui vient de paraître.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE DES CANETTES, 17. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Une nouvelle sérothérapie (*New Serotherapy* by Dr M. Paton (1). London, 1 vol. in-16. Prix : 7 fr. 50 net.)

D'après nos idées actuelles, les sérums administrés par la bouche n'ont aucune action immunisante; c'est à peine si quelques auteurs ont reconnu une efficacité relative au sérum antidiphtérique injecté par voie rectale (Chantemesse).

Or, pendant ces huit dernières années, Paton a obtenu par l'administration interne du sérum anti-diphtérique des résultats thérapeutiques qu'aucune des théories en cours ne peut expliquer. Il relate et discute 276 observations où ce mode de traitement permit d'enrayer ou de guérir certains processus inflammatoires d'origine ou septique ou traumatique Ce n'est pas d'une action antitoxique qu'il s'agit : l'auteur s'en est convaincu par des expériences sur le chien, et sur des milieux de culture divers. Mais il fut très évident que les animaux auxquels était donné du sérum antidiphtérique par voie stomacale résistaient mieux aux infections et survivaient aux animaux témoins.

Pour aider à éclaircir la question, Paton administra de la même façon du sérum physiologique de cheval ou de mouton; il obtint des résultats analogues, mais avec des doses plus considérables; la conclusion serait que le sérum d'un animal immunisé contre une infection (l'infection diphtérique *a fortiori* puisqu'elle est une des plus nocives pour l'organisme humain) se charge d'une quantité d'anticorps ou d'éléments de défense élaborés par l'ensemble des organes : ganglions lymphatiques, moelle osseuse, rate, thyroïde, surrénales, etc., etc. Toutes ces sécrétions internes et ces réactions organiques qui existent déjà dans le sérum et le plasma physiologiques atteignent une activité suraiguë dans le sérum antidiphtérique. Les sérums antistreptococcique, antirstaphylococcique, etc., seraient beaucoup moins actifs.

Tous nos organes ont leur capacité de nutrition et de résistance aux infections. L'ingestion par la bouche de sérum d'animaux immunisés amène une augmentation de toutes ces capacités de résistance qui ont pu être diminuées par tel ou tel processus morbide.

Mais toutes ces considérations théoriques ne sont venues qu'après coup : c'est tout à fait empiriquement que Paton a fait depuis huit ans ses essais de sérothérapie nouvelle dans une foule d'affections les plus variées et cela souvent avec des résultats très favorables.

Il relate d'abord 11 observations de suppurations locales avec fièvre où 4 grammes de sérum pris toutes les 4 heures amenaient une chute rapide de la température avec cessation des douleurs et guérison quand il n'y avait pas encore collection purulente. Dans ce dernier cas après l'incision la cicatrisation se faisait avec une rapidité remarquable.

La disparition de la douleur après l'administration du sérum est pour Paton une preuve que le processus inflammatoire est d'origine infectieuse. Si la douleur persiste c'est qu'il y a collection purulente enkystée, ou douleur de caractère névralgique. Quand il y a collection purulente le pouls et la température ne reviennent pas à la normale.

Dans 12 cas d'appendicite, les résultats de la nouvelle sérothérapie sont fort intéressants : la douleur et les vomissements font bientôt place à un sentiment de bien-être et s'il n'y a pas présence de corps étranger ou collection purulente, la guérison peut être complète. L'absence de résultat serait une indication à l'opération. Dans un cas où la perforation venait de se produire avec péritonisme aigu le sérum fut administré toutes les demi-heures en attendant l'opération, qui ne pouvait avoir lieu que le lendemain : au moment de l'opération la fièvre était tombée et l'état du malade était bien meilleur. On trouva un noyau de cerise dans l'appendice; fièvre violente le lendemain. Nouvelles doses de sérum, guérison rapide.

Dans le rhumatisme, quand il y a poussée inflammatoire localisée, la sérothérapie la fait disparaître en 10 ou 12 jours.

L'iritis rhumatismale, contre laquelle Boucheron avait déjà vanté le sérum antistreptococcique, celle qui n'est pas purement rhumatismale, mais relève d'une infection surajoutée, est très rapidement améliorée par le sérum antidiphtérique (associé à l'atropine). L'auteur cite un cas où le malade traité sans résultat par le salicylate et I. K. pendant trois semaines, fut guéri en deux jours par la sérothérapie. Dans les cas s'accompagnant de douleurs violentes et d'insomnie, ces deux symptômes disparaissent rapidement, même quand ils ont résisté aux analgésiques classiques.

Dans un cas où l'iritis paraissait due à une infection streptococcique, un sérum approprié fut donné pendant deux jours, par cuillerées à bouche avec guérison rapide. Une rechute étant survenue au bout d'une quinzaine de jours, fut

(1) Baillière, Tindall et Cox. 1906.

guérie radicalement par le sérum antidiphtérique.

Un cas d'insuccès complet eut sa cause dans ce que le sérum administré fut reconnu inactif. Du sérum mieux préparé amena la guérison très rapidement. L'auteur cite ainsi huit observations très intéressantes, plus la sienne : Ayant été atteint d'iritis diagnostiquée par un confrère spécialiste celui-ci fut fort étonné de revoir, à la prochaine visite, son client complètement guéri.

Anthrax, furoncles, acné. — Dans ces infections staphylococciques, la nouvelle sérothérapie paraît donner des résultats plus rapides, supérieurs aux autres traitements. Les rechutes sont rares et l'état général amélioré, le sulfure de calcium est un complément utile du traitement.

Il serait trop long d'énumérer tous les faits relatés par l'auteur : amygdalites, traumatismes plus ou moins infectieux, suites de couches, etc. Renvoyons le lecteur à cet intéressant volume, où il trouvera également la posologie détaillée et le mode d'administration du sérum normal et du sérum antidiphtérique.

A. DARIER.

N. B. — Au fond, les nombreuses observations relatées dans l'ouvrage analysé ci-dessus ne doivent nous étonner que par le fait que le sérum a toujours été administré par voie stomacale, car, déjà en 1896, Howard Lilienthal relate deux cas d'infection septique guéris par injections hypodermiques de sérum de Behring.

En 1898, Mac Calum a obtenu de bons résultats de ces mêmes injections dans des salpingites, des endométrites, des néphrites, etc.

En 1901, Talamon préconise les injections de sérum de Roux dans le traitement de la pneumonie.

Gorelli et Brinda rapportent, en 1905, un grand nombre de cas de stomatites (pneumocoques, streptocoques et coccus de Brisou), et de vulvites (gonocoques), rapidement améliorés ou guéris par le sérum antidiphtérique.

Watzfelder, la même année, traita de la même façon 17 cas de méningite cérébro-spinale grave, avec grand succès.

Enfin, Labouz, en 1906, dans deux cas d'érysipèle de la face avec fièvre intense, a obtenu par les injections de sérum de Roux un arrêt brusque de la maladie avec apyrexie, bien-être et convalescence rapide.

A. D.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

EN COURS DE PUBLICATION

MANUEL D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

PAR

V. CORNIL
Professeur à la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine

ET

L. RANVIER
Professeur au Collège de France
Membre de l'Institut et de l'Acad. de médecine.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

A. BRAULT
Médecin de l'hôpital Lariboisière,
Chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Boucicaut.

TROISIÈME ÉDITION ENTIÈREMENT REFONDUE

Vient de paraître :

Tome III, par MM. GOMBAULT, NAGEOTTE, A. RICHE, DURANTE, R. MARIE, Fernand BEZANÇON, LEGRY. — *Système nerveux central (cerveau et moelle épinière. — Nerfs. — Cœur et vaisseaux. — Rate. — Ganglion lymphatique. — Larynx.* 1 fort volume grand in-8° avec gravures en noir et en couleurs..... **35 fr.**

Précédemment publiés :

Tome I. par MM. CORNIL, RANVIER, BRAULT, Fernand BEZANÇON, Maurice CAZIN. *Généralités sur l'histologie normale. — Cellules et tissus normaux. — Généralités sur l'histologie pathologique. — Altérations des cellules et des tissus. — Des inflammations. — Des tumeurs. — Notions élémentaires sur les bactéries. — Lésions des os et des tissus cartilagineux. — Anatomie pathologique des articulations. — Des altérations du tissu conjonctif. — Lésions des membranes séreuses.* — 1 fort volume grand in-8°, avec 369 gravures en noir et en couleurs..... **25 fr.**

Tome II, par MM. DURANTE, JOLLY, DOMINICI, GOMBAULT et PHILIPPE. — *Muscles. — Sang et hématopoïèse. — Cerveau. — Moelle.* 1 fort volume grand in-8°, avec 202 gravures en noir et en couleurs ..... **25 fr.**

Pour paraître en 1907 :

Tome IV, par MM. CORNIL, CRISTMANN, LEGRY, BRAULT, MARIE, LETULLE, HALLÉ. — *Tube digestif. — Foie. — Rein et capsule surrénale. — Pancréas. — Testicule. — Bassinet. — Urètre. — Vessie. — Corps thyroïde Thymus et corps pituitaire. — Utérus. — Mamelles. — Ovaire. — Placenta.* 1 fort volume grand in-8, avec gravures en noir et en couleur.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement opératoire de la hernie inguinale par cure radicale sans extirpation du sac,

Par le Dr Paul Delbet,
Chirurgien de la maison de santé de la Madeleine, à Paris.

Une hernie inguinale faisant issue à travers les couches musculo-aponévrotiques de la paroi abdominale comprend trois parties : Un viscère qui franchit la paroi ; un prolongement du péritoine, ou sac que le viscère refoule devant lui en doigt de gant ; un orifice placé au point faible de la paroi et par lequel sortent viscère et sac.

Tous les procédés modernes de cure radicale ont pour objectifs la découverte de l'orifice herniaire et du sac, l'ouverture du sac, la libération et la réduction des organes herniés, la dissection et la résection du sac, enfin la réfection de la paroi.

De ces différents temps, les trois premiers ont une utilité incontestable et ne sauraient être abandonnés. *La découverte de l'orifice herniaire et du sac* par l'incision, s'impose et il n'est aucun chirurgien qui voulût employer les aveugles méthodes de suture sous-cutanée, en honneur au siècle dernier, méthodes dont le moindre défaut est le danger de placer le fil assez loin du collet du sac pour laisser une amorce à la récidive de la hernie. *L'ouverture du sac* redoutée avant l'ère antiseptique est devenue sans danger; c'est une manœuvre indispensable, car le contenu du sac peut être altéré, ce serait une faute de le réduire en cet état ; le contenu est, de plus, dans les hernies un peu anciennes, fréquemment adhérent, disposition qui rendrait illusoires les manœuvres de réduction sans ouverture du sac et qui exposerait aux coudures, à la torsion et même au volvulus les viscères ainsi réintégrés.

Le quatrième temps, c'est-à-dire la *dissection et la résection du sac* me paraît au contraire une manœuvre pleine d'inconvénients et sans utilité, — au moins dans les hernies inguinales volumineuses.

On répète que la cure radicale de la hernie est une des opérations qui permet de juger le mieux l'état de perfection de l'asepsie d'un service, que les plaies de cure radicale suppurent fréquemment et que cette suppuration tient à une asepsie insuffisante. La fréquence de la suppuration après les cures radicales de hernie inguinale est un fait certain ; mais la suppuration est-elle vraiment la conséquence d'une asepsie insuffisante ? On peut en douter quand on voit dans un même service suppurer les hernies et guérir sans encombre les laparotomies les plus difficiles.

J'ai opéré autrefois un grand nombre de hernies, et je l'avoue, certaines d'entre elles ne guérissaient qu'après suppuration. J'incriminai d'abord l'infirmier et crus à une stérilisation insuffisante des instruments. Je fis la stérilisation moi-même ; les résultats restèrent sensiblement les mêmes. Je cherchai du côté du catgut et des mains. Je fis les frais d'un catgut irréprochable, et gantai mes mains ainsi que celles de mes aides ; les suppurations diminuèrent sans disparaître. Je remarquai alors que les plaies de cure radicale nettes, sans décollement, ni anfractuosités, sans suintement sanguin consécutif, se réunissaient aisément par première intention, que les plaies de cure radicale irrégulières, anfractueuses et suintantes étaient suivies de réaction inflammatoire et suppurative. Depuis longtemps on sait que la sérosité qui coule à la surface des plaies est pour les microbes un excellent milieu de culture et que la stagnation favorise le développement des micro-organismes ; d'autre part l'asepsie absolue est un mythe et au cours même de l'opération la manipulation de l'intestin vient souiller les doigts en même temps qu'elle favorise l'issue de micro-organismes intestinaux.

Devant l'impossibilité de réaliser une asepsie absolue, il faut donc supprimer les espaces morts et les surfaces suintantes.

Or c'est précisément la dissection du sac qui rend la réalisation de ces desiderata difficile. Quand, opérant une hernie inguinale un peu volumineuse, on cherche à séparer le sac des parties voisines, on est nécessairement conduit à dilacérer le tissu cellulaire lamelleux et lâche qui le double et l'on dissocie les plans de la région sur une large étendue ; des artérioles et des veinules donnent un écoulement en nappe assez difficile à tarir. La dissection du cordon est toujours assez pénible et allonge l'opération ; les veines tortueuses, molles, sans résistance se déchirent et donnent un écoulement sanguin d'autant plus gênant qu'il faut être sobre de ligatures au niveau du cordon, dont les éléments peu distincts doivent être soigneusement ménagés.

La résection du sac, d'autre part, ne s'impose pas : le but visé par la cure radicale est la réintégration des viscères dans l'abdomen et leur maintien dans cette situation. Or, ce n'est pas le sac qui laisse sortir les viscères, mais seulement son collet. Il suffit donc, pour réaliser la contention des viscères réduits, de réséquer le collet du sac et de reconstituer, à l'aide de la ligature et de la suture, au niveau du point précédemment occupé par ce collet, une paroi péritonéale continue et sans dépression.

Voici comment depuis deux ans je réalise ces désiderata dans les cures radicales que j'exécute dans ma maison de santé.

Après avoir incisé les couches superficielles et fendu la paroi antérieure du trajet inguinal, suivant le procédé classique de Bassini, j'isole et je soulève rapidement tout le contenu du trajet inguinal. Je fends la fibreuse commune, je saisis le sac dans sa traversée inguinale et le répère. J'ouvre alors le sac dans sa partie inguinale par une incision longitudinale, je l'explore, libère les viscères, s'il y a lieu, les réintègre dans l'abdomen, et les maintiens par une compresse stérilisée que je tasse dans la portion du sac située entre mon incision et le collet.

J'isole alors circonférentiellement sur une hauteur de 3 centimètres seulement la portion supérieure du sac ainsi distendue. Cet isolement est facile, car à ce niveau les éléments du cordon sont en général peu adhérents. La portion élevée du sac ayant été isolée circonférentiellement, la dissection est poursuivie jusqu'au collet et au péritoine pariétal. Un catgut fort est alors passé sous le sac et lié au niveau du point où il se détache du péritoine pariétal ; le catgut est noué suivant la technique de Doyen qui est facile et donne un résultat très sûr. Après m'être assuré que le plan péritonéal est bien reconstitué et qu'il n'existe aucun infundibulum pouvant servir d'amorce à une récidive, je sectionne le sac non loin de la ligature, et récline purement et simplement la partie sous-jacente à la section, en dehors du trajet inguinal, ne réséquant que deux à trois centimètres de ce sac, et abandonnant, *in situ*, la partie inférieure du sac. La paroi est alors reconstituée suivant le procédé de Bassini et la peau suturée au crin.

Le procédé est rapide et sûr. Il est rapide parce qu'il évite le temps, toujours minutieux et long, de la dissection du sac, qu'il permet de limiter au minimum le champ de l'opération. Il est sûr, car il évite les délabrements étendus ; la réparation est par suite facile et rapide. La récidive n'est pas plus à craindre que dans le procédé classique. La paroi péritonéale, seule enveloppe vraie des viscères abdominaux, est reconstituée, le trajet inguinal est clos et l'intestin rencontrera avant de sortir au dehors cette double barrière ; c'est-à-dire qu'il se trouvera dans les conditions d'un intestin normal chez un sujet normal. J'évite les décollements étendus, d'où absence de clapier ; il est rare qu'un vaisseau important soit atteint, et l'opération se termine sans une ligature.

Quant au sac on pourrait craindre qu'il ne se remplît de liquide et devînt kystique. L'expérience démontre qu'il n'en est rien. J'ai opéré 6 hernies inguinales volumineuses par ce procédé. Toutes ont guéri complètement et d'une manière remarquablement simple.

Électrolyse médicamenteuse. Ions et état colloïdal,

Par le Dr Foveau de Courmelles (1).

On a présenté comme nouveaux, dans les journaux politiques et même dans les journaux médicaux, des phénomènes et des faits de réactions électro-médicamenteuses. Je ne veux pas parler de la vieille *cataphorèse*, mais d'*électro-chimie médicale*, dont je vous entretiens d'ailleurs depuis quinze ans et que, dès 1890, ainsi que je vais essayer de le démontrer une fois de plus, j'avais parfaitement définie et fait entrer dès lors dans la pratique médicale. A maintes reprises, j'ai revendiqué la priorité, sans nier — puisque les vulgarisant le plus souvent moi-même, dans mes *Année électrique* — les travaux de mes nombreux successeurs, sans méconnaître davantage au surplus mes précurseurs. Parmi ces derniers, je citerai le Dr Lauret (thèse de Montpellier, 1885), malgré ses conclusions plutôt négatives, comme s'étant approché le plus près de la vérité.

A diverses reprises, j'ai eu à revenir sur mes travaux de 1890, communiqués dès lors à l'Institut (Académie des Sciences) et à l'Académie de Médecine, et non passés inaperçus du reste, puisque les journaux de l'époque (politiques ou médicaux) en parlèrent. J'y revins longuement même au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Boulogne-sur-Mer, en 1899, et ce fut ce mémoire, le plus souvent cité, *sans être lu*, qui eut... pour 1899 (fallait-il remonter à 1890!) les honneurs de certaines bibliographies.

Nous allons reproduire, une fois de plus, nos expériences de 1890, d'ailleurs si faciles à répéter et différenciant nettement, croyons-nous, ce qu'on avait voulu faire jusqu'à nous, la *cataphorèse*, pénétration telle quelle, sans décomposition et à leur état complexe, des médicaments; et ce que nous fîmes, l'*électrolyse médicamenteuse*, pénétration des *seuls* éléments simples (*ions*) des agents thérapeutiques, selon les lois de Faraday. Je portai en médecine ce qui était banal et bien connu des physiciens, l'électro-chimie, absolument ignorée des médecins à cette époque, à la fois si proche et si lointaine, de 1890!

La cataphorèse était admise, sauf par la science officielle. Certains électrothérapeutes ne faisaient même plus que de l'électricité statique avec cataphorèse, car, déclaraient-ils, l'électricité dynamique, provoquant des actions de transport le long des fils conducteurs, amenait dans l'organisme les métaux et les acides des piles génératrices, substances nocives; ils se basaient sur la saveur qu'accusaient les patients électrisés, saveur acide ou métallique. Cette sensation est plus accusée, voire modifiée, transformée même, quand on applique sur les glandes salivaires des tampons portant des substances médicamenteuses dont la pénétration, l'endosmose, donne souvent la saveur de l'agent introduit.

(1) Leçon inaugurale de la 15e année du Cours libre d'Électrothérapie du Dr Foveau de Courmelles à l'École pratique de la Faculté de Médecine de Paris, amphithéâtre Cruveilhier (lundi 15 avril 1907).

*
* *

Il est très difficile d'isoler — sauf dans l'expérience classique du globule de mercure placé à la partie déclive d'une cuve et au pôle positif, et dont partie va aunégatif surélevé, — avec l'emploi des courants continus, les simples actions de transport, osmotiques, des phénomènes d'électrolyse qui s'y surajoutent. Dès 1890, avec l'induction, je différenciai et démontrai la cataphorèse, — l'électrolyse étant nulle ou à peu près : de la peau de poulet recouvrant, entourant un papier incolore de cyanure de potassium, recevait extérieurement, par deux tampons imbibés de sulfate de fer, le courant induit; celui-ci faisait cheminer en ligne droite dans la peau conductrice le sel de fer qui, arrivé sur le cyanure de potassium, y formait un cyanure double de potassium et de fer, du bleu de Prusse enfin qui s'accusait par de petites taches très nettes, très bleues et ne pouvant provenir de simples phénomènes d'imbibition.

Avec les courants continus, le transport accompagné d'électrolyse est plus complexe. Il se forme des corps doués de propriétés plus actives, d'affinités plus puissantes, de vertus thermo-chimiques. Les corps qui y sont soumis ont ce que les chimistes appellent l'*état naissant*. Les lois de Berthollet sur les décompositions des corps en présence sont souvent enfreintes, grâce à l'adjonction du courant électrolytique déterminant l'état naissant. Rien de plus facile, avec l'iodure de potassium, que de démontrer clairement la formation d'iode naissant. Ces phénomènes d'*électrolyse*, d'*électrolyse médicamenteuse* (1890), que je simplifiai plus tard en le terme de *bi-électrolyse*, portent en somme sur deux corps en présence, la peau et le médicament, en les soumettant à des courants continus; ils se prouvaient dès lors par mes expériences *in vitro*.

Ainsi on peut opérer avec une cuve de verre renfermant une solution saturée de carbonate de lithine et des cristaux d'oxalate de chaux enveloppés de membranes parcheminées, c'est-à-dire dialysantes et osmotiques. Un courant continu passe pendant plusieurs heures. On trouve alors vidées les membranes et extérieurement de l'eau trouble avec précipité blanc de carbonate de chaux. Il s'est fait là des échanges intéressants qui expliquent la dissolution de la nodosité goutteuse. Cette expérience infirme, en tant qu'explication, la théorie d'Edison dont on parlait tant alors : la guérison d'un goutteux en quatre séances. D'abord la guérison est beaucoup plus longue, et puis, s'il y avait simple transport, le carbonate de lithine formerait au sein de la nodosité goutteuse un précipité de carbonate de chaux, aussi insoluble que l'oxalate de chaux préexistant, et n'ayant, par suite, aucune raison de disparaître.

Une autre expérience est la suivante, la bi-électrolyse, avec l'isolement des éléments des corps en présence, y apparaît également très nette :

Un morceau de graisse isolante et, par suite, non perméable à l'électricité, reçoit dans son intérieur, par une injection, une solution d'iodure de potassium. Puis, par des aiguilles, un courant y arrive. Que se produit-il? La masse non conductrice voit ses réseaux, les supports de ses molécules graisseuses, — qui

sont conducteurs — se détruire, grésiller, brûler, crépiter... et la masse tombe en grumeaux dans un liquide devenu jaunâtre.

*
* *

Pour le but, l'outillage et le mode d'application, je préfère citer textuellement mon brevet d'invention du 22 novembre 1890, non utilisé d'ailleurs, ne l'ayant demandé que pour avoir *date certaine*, prévoyant dès lors l'importance de mon labeur :

« Cette invention a pour but l'absorption électrique des médicaments au moyen des appareils spéciaux ci-dessous décrits, sans que la digestion, les injections sous-cutanées ou les bains y jouent aucun rôle.

« L'importance de mes appareils est facilement saisissable, puisqu'ils permettent de porter sur les organes malades eux-mêmes les substances médicamenteuses sans en infester toute l'économie. De plus, ils rendront possible l'introduction dans l'organisme humain des substances toxiques ou difficilement assimilables, que les individus affaiblis ne peuvent pas supporter. Il en serait de même pour les animaux.

« Mes appareils se composent essentiellement :

« 1° D'une pile électrique à courants continus ou d'un appareil d'induction à courants interrompus ;

« 2° De deux électrodes spéciales dites *dialytiques* destinées à contenir les médicaments qui seront portés dans l'économie.

« Comme pile, je prends de préférence des éléments au bisulfate de mercure dont je varie le nombre et la surface des éléments selon les effets à obtenir. Une tige à crémaillère permet d'enfoncer plus ou moins dans le liquide les zincs et les charbons formant les pôles de la pile. Un galvanomètre d'intensité permet le dosage électrique. Une double bobine d'induction avec commutateur automatique, le tout adaptable à volonté à la pile, permet de transformer en courants interrompus ou induits les courants continus. »

Un certificat d'addition du 19 février 1891 porte :

« Le transport électrique des médicaments sur les organes internes peut se faire non seulement par les courants continus et interrompus, mais encore et surtout :

« 1° Par l'électricité statique, c'est-à-dire l'électricité des machines à frottement, dans les machines de Ramsden, Holtz, Wimshurst, Carré, etc. ;

« 2° Par les accumulateurs, c'est-à-dire les piles secondaires où la production électrique est plus grande et le courant plus constant.

« Quant aux électrodes, dit le brevet du 22 novembre 1890, elles constituent la *nouveauté principale de mon invention*. Elles sont constituées notamment selon les cinq types suivants :

« 1° L'électrode dialytique n° 1 est formée d'un réservoir en verre, en métal ou toute autre substance, de forme cylindro-conique pourvu à chacune de ses extrémités d'un robinet. L'une de ces extrémités est traversée par un fil métallique

généralement en platine, en communication avec l'un des pôles de la pile, et près de cette extrémité se trouve un entonnoir permettant de verser le liquide médicamenteux sans interposition d'air. Près de l'autre extrémité se trouve une poire en caoutchouc permettant, par l'ouverture d'un robinet, de faire ventouse et de fixer à la peau, dans le voisinage de l'organe malade, une partie de caoutchouc. L'intervalle est rempli du liquide tenant en solution la substance agissante. Une membrane de parchemin animal peut ou non fermer la partie ouverte de l'électrode. Cette membrane se mouillant sera bonne conductrice de l'électricité, et pourra en outre, grâce à ses propriétés endosmotiques, être traversée par les substances médicamenteuses. L'autre électrode est identique à la première et toutes deux sont reliées par des liens isolants, soie, coton, cuir, caoutchouc, avec ou sans courroies lqui permettent de les fixer comme il convient sur la partie malade. La capacité de l'appareil peut varier de 1 centimètre cube à 1 litre et plus ;

« 2° L'électrode dialytique n° 2 se compose d'un tube en verre rempli de substance médicamenteuse en solution, en communication paru ne extrémité avec la pile et fermée à l'autre par une membrane en parchemin animal. Cet appareil est destiné à pénétrer dans les cavités naturelles de l'organisme et pourra être modifié à l'infini quant à la forme et à la substance qui le compose. L'autre électrode est formée d'une plaque métallique ou de l'électrode dialytique n° 1 placée à l'extérieur, sur la peau, le plus près possible de l'organe malade ;

« 4° L'électrode dialytique n° 3 est un stylet métallique creux, analogue au trocart chirurgical, renfermant intérieurement *soit un autre métal*, soit un tube de verre ou de caoutchouc contenant une substance médicamenteuse en solution. Il est destiné à perforer les organes malades pour y pénétrer. L'autre électrode est encore l'électrode dialytique n° 1, comme dans le cas précédent ;

« 4° L'électrode dialytique n° 4 est un brassard métallique, bracelet, treillis, chaîne, tige..., se fixant sur un membre ou toute autre partie du corps, variant de métal selon les cas pathologiques et pouvant ainsi faire pénétrer et *réagir* à l'intérieur divers métaux *médicamenteux :* cuivre, fer, antimoine..., ou même des minerais. C'est là la première application médicale des conducteurs fixés sur le malade et variant de nature, au lieu d'être constamment en cuivre, le cuivre ayant servi jusqu'à présent d'agent conduisant l'électricité, rien de plus. La communication avec les deux pôles de la pile par deux électrodes, semblables ou non, est constante.

« L'électrode dialytique n° 5, la plus simple de toutes, est un tampon ou une éponge imbibée de la substance médicamenteuse.

« Il est évident qu'on peut beaucoup varier ces appareils, et qu'il est impossible dans un brevet d'indiquer toutes les formes spéciales des électrodes qui doivent varier suivant l'organe, la maladie et l'individu ; mais mon invention porte sur un ordre d'idées entièrement nouvelles, *puisqu'il n'a encore été construit aucun appareil dans le but que je me propose.*

« Mes appareils peuvent être formés de tous les métaux possibles, contenir toutes les substances salines et métalliques, tous les alcaloïdes, enfin tous les médi-

caments quels qu'ils soient. Seuls, *ils permettent la dialyse électrique, et le dosage rigoureux des substances pénétrées*, grâce aux pesées avant et après la médication, grâce à la forme particulièrement maniable de mes appareils, et aussi *au titrage des solutions employées.* »

Le certificat d'addition du 19 février 1891 précité contenait encore :

« Les électrodes dialytiques destinées à ce transport électrique des substances médicamenteuses en dehors des types indiqués peuvent encore être ainsi formées :

« 1° De tubes coudés à angles droits avec extrémités et coudes en ébonite, et deux parties en verre où le niveau du liquide est visible, terminées d'une part par une membrane dialytique, de l'autre par un bouchon se vissant et parcouru par le fil amenant le courant électrique ;

« 2° De ventouses en verre et caoutchouc où arrive un tube de verre rempli de la substance active et parcouru par le courant ;

« 3° De feutre imbibé de la substance en solution ou d'un sel cristallisé soluble par addition d'eau au moment de l'opération et permettant, par son dosage préalable, l'emploi du procédé par le malade lui-même, après indication du médecin. Un godet de verre fermé d'une membrane dialytique peut atteindre le même but ;

« 4° De corsets, isolants et conducteurs tout à la fois, en communication par les parties conductrices avec la source d'électricité et renfermant la substance active. »

La pénétration électrique n'est pas seule visée, on a pu voir qu'à propos des métaux médicamenteux, depuis appelés *électrodes solubles*, il était question de les faire *agir et réagir* à l'intérieur de l'organisme.

Depuis, j'imaginai un tableau sur secteur de courants d'éclairage, et utilisant directement ces courants au lieu de piles ou accus.

*
* *

Cette galvanoplastie intra-organique ou intra-moléculaire, d'origine interne ou externe, ne passa nullement inaperçue ; elle me semble présider aussi bien à l'action électrolytique des médicaments qu'à la formation de pseudo-cellules ; elle m'a demandé bien des travaux à partir de 1884. Le *Lyon médical* du 9 décembre 1906 en a exquissé le récent historique que je vais rapidement reproduire, étant, on l'a vu, personnellement intéressé en la question par mes travaux de 1890, on ne pourra ainsi m'accuser de partialité ; le Dr Paul Philippe, médecin de l'établissement thermal d'Évian, la fait ainsi :

« *Cataphorèse et électrolyse.* — Très souvent ces deux termes sont employés l'un pour l'autre, nous pensons qu'il est utile d'établir ici leurs différences. Si on fait passer un courant dans deux vases séparés par une cloison poreuse, on voit au bout d'un certain temps que le niveau du liquide est plus élevé dans la cuve négative que dans la cuve positive, il y a eu transport en masse du P + vers le P —. C'est ce phénomène qu'on appelle la cataphorèse (κατα, φορεω, porter en bas). Parfois le transport s'effectue vers le P +, c'est une anaphorèse, c'est le cas pour les substances colloïdales.

Ce phénomène de transport a été bien différencié expérimentalement du transport électrolytique par le Dr Foveau de Courmelles qui utilisa le courant induit, lequel courant ne donne lieu qu'à une électrolyse insignifiante et permet le transport cataphorétique (1890, communication à l'Académie de médecine sur l'électrolyse médicamenteuse).

Ce transport en masse des molécules liquides vers l'un des pôles est l'un des facteurs de la décroissance de la résistance de l'organisme (Munch). Il expliquerait aussi la diminution des épanchements sous l'influence du courant continu ; si, sur un membre où la circulation a été interrompue mécaniquement, on place deux électrodes, on voit la peau s'affaisser sous l'anode et s'œdématier sous la cathode.

Il est hors de doute que, dans certaines applications thérapeutiques, cette action de transport intervient en même temps que le transport ionique, mais ce phénomène doit n'être regardé que comme un phénomène accessoire.. »

Après la différenciation des phénomènes, le Dr Philippe continue :

« *Les Ions en thérapeutique. — Historique.* — On cite les recherches sur la cataphorèse de Pivati, en 1750. Mais ce n'est que depuis les travaux de Faraday, en 1833, sur l'électrolyse, que des applications thérapeutiques ont été tentées (on reprend la cataphorèse sous une autre forme).

En 1833, Fabré-Pélaprat faisait la première expérience de pénétration médicamenteuse par le courant.

En 1846, Klenke et Hassenstein essayèrent de traiter la scrofule par l'introduction de KI et la syphilis par Hg.

Richardson, en 1859, rechercha la narcose par le courant galvanique et le chloroforme, l'aconit.

Citons Beer, de Vienne, en 1869, Munch (osmose électrique, 1873), les travaux de Erb, 1884, de Gartner, etc.

En 1885, Dr Blondel, d'Alger, fit une communication à l'Académie de médecine sur l'introduction de certains médicaments par l'électrolyse, sous le nom de Diélectrolyse ; expériences reprises par Lauret en 1885 et 1886. (On a vu que les résultats ne furent du reste aucunement concluants.)

Reynolds (Chicago), 1887, Adamskiewicz, en 1887, au 6e Congrès de médecine de Wiesbaden.

En 1888, Chéron et Gevaert traitent les teignes par le sublimé et le courant ; Boccolari et Manzieri (de Modène) intoxiquent des lapins par la pénétration de la strychnine.

En 1890, Erkmann : Hg dans la syphilis.

En 1890, le Dr Foveau de Courmelles, utilisant le courant d'induction, différencie expérimentalement la cataphorèse de l'électrolyse médicamenteuse, qu'il nomme bi-électrolyse (communication à l'Institut et à l'Académie de médecine).

Au Congrès de Berlin, 1890, communication d'Édison sur le traitement de la goutte par le lithium.

G. Gautier, 1891, leçons sur l'électrolyse. — Imbert de la Touche, traitement de la goutte par cataphorèse.

En 1892, thèse d'Aubert, de Lyon : Expériences sur la pénétration de la pilocarpine, provoque la sudation locale.

En 1894, Hunter, M. Guire (*Rev. int. électr.*) : Traitement du goitre et de l'orchite chronique par l'iode.

La thèse de Savy (Lyon, 1895), sur l'introduction diadermique des médicaments sous tension électrique, rapporte les expériences de pénétration ioniques faites avec le Dr Destot.

Les travaux de Labatut, Jourdannet et Porte datent de cette époque : Traitement des manifestations rhumatismales articulaires par l'introduction électrolytique du lithium (*Arch. électr. méd.*, 1895). Transport des ions dans les tissus organisés (*Arch. électr. méd.*, 1895, Labatut).

1899. Thèse de Pont : Cataphorèse en art dentaire. (Nous ajoutons notre communication de Boulogne-sur-Mer, rappelant nos travaux de 1890 et plus souvent citée, pour faire... oublier 1890 !)

Au Congrès pour l'avancement des sciences de 1900, et dans les *Arch. électr. méd.*, 1900, le professeur Bordier expose un travail sur la confirmation de la théorie du transport des ions à travers les tissus.

En 1901, articles du Dr Leduc, professeur à l'École de Nantes, sur la tension osmotique, la médecine moléculaire, et au Congrès d'Ajaccio pour l'avancement des sciences, rapport sur l'électro-chimie médicale (1).

*
* *

Pouvons-nous avoir la prétention d'avoir ouvert une voie nouvelle ? On en jugera encore par maints extraits de nos travaux remontant à 1890 ; ne voulant tous les reproduire, nous serons aussi brefs que possible. Dès notre brevet d'invention (22 novembre 1890), non renouvelé depuis, et seulement pris pour nous donner une date officielle et facile à constater, existait, on l'a vu, un outillage complexe, précis, méthodique, *pesant et mesurant les doses d'électricité et de médicaments employés.*

(1) La pénétration est donc parfaitement établie, mais à quelle profondeur se fait cette pénétration ?

D'après Aubert (1892, *Lyon médical*), la pénétration serait peu profonde dans les tissus. Le Dr Destot rapporte à ce sujet, dans la *Thèse* de Savy (Lyon, 1895), des expériences comparatives intéressantes. Une injection hypodermique d'une solution de chlorure de lithine est faite, la lithine apparaît dans les urines une heure après l'injection et disparaît après deux heures. A la suite de l'électrolyse médicamenteuse, la lithine apparaît au bout de trente heures et reste décelable durant trois jours ; absorption et élimination très lentes.

On en peut conclure que les ions sont gardés en réserve dans le point de pénétration, ne diffusant que très lentement et ayant tout le temps de prendre contact avec les tissus malades. Ceci a une très grande importance, car on se sert surtout de ce procédé localement pour des affections peu profondes en général : tophi des goutteux, exsudats inflammatoires péri-articulaires, névralgies des nerfs superficiels, etc., etc.

On peut encore, ajouterai-je, comme je l'écrivais en 1890, aller au sein d'organes, d'abcès... avec des trocarts, des aiguilles... et injecter des substances et les y électrolyser. N'y a-t-il pas ainsi, par ce cheminement, des actions de présence si utiles souvent en chimie (catalyse...) et peut-être plus précieuses encore dans l'organisme ?

Donnons des extraits des journaux de l'époque :

La *République française* du 5 décembre 1890, rendant compte de l'Académie des sciences et parlant de mes appareils de pénétration (trocarts, ventouses...) et de l'adjonction de courants électriques : « Ces courants décomposent sur place le médicament en déterminant des réactions chimiques salutaires qui s'opèrent sur les organes que traverse le fluide. »

La *Presse* du 6 décembre citait mon interview faite par le *Voltaire* et rappelait mes paroles : « Depuis longtemps préoccupé et occupé de faire ce que j'appelais la *galvanoplastie des organes...* » Or, il n'est pas de galvanoplastie possible sans isoler les éléments et les faire arriver *in loco*. Inversement, le Dr G. Variot venait de galvanoplastiser des cadavres d'enfants, ce qui les abritait totalement sous une couche métallique.

Le *Voltaire* du 6 décembre 1890 décrivait mes électrodes dialytiques en ma propre interview :

« L'électrode, dite dialytique, qui doit faire pénétrer la substance, se fixe à la peau, formant ventouse sur l'organe malade. La substance active arrive à la peau, sans interposition d'air, de façon que le contact soit immuable. Au diamètre opposé de l'organe malade est une autre électrode chargée du même médicament ou d'un autre, destiné à favoriser la décomposition et l'absorption du premier, tout en ajoutant son action propre. Puis dans les cavités naturelles, mes électrodes deviennent des sondes isolantes renfermant l'agent actif... »

Autre électrode *chargée du même médicament ou d'un autre*, au diamètre opposé, ou sur le même trajet du courant, n'est-ce pas indiquer les expériences en série faites depuis ? (Strychnine au pôle positif, cyanure de potassium au négatif sur deux animaux dans le même circuit : deux intoxications).

Le *National Suisse* du 8 décembre 1890 écrivait : « se basant sur les principes de l'*électrolyse et les lois de Faraday, sur le transport de la substance des conducteurs*, le docteur V. Foveau de Courmelles a imaginé tout un système de médication et les appareils qu'il comporte. Il est parvenu à diminuer le volume des nodosités d'urate de soude de membres et a diminué la durée des coliques néphrétiques... ».

Transport de la substance des conducteurs, n'est-ce pas le cheminement des ions, les phénomènes d'électrolyse dans les câbles... si connus depuis *et alors totalement insoupçonnés*.

(*A suivre.*)

COMPTE RENDU
DES
SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 avril 1907.

Présidence de M. Saint-Yves Mesnard.

M. Rénon communique quelques observations concernant l'*action thérapeutique de l'hypophyse.* Cette glande exerce un effet indiscutable sur la tension artérielle : elle combat le syndrome consistant en une diminution de cette tension, une augmentation du nombre des pulsations, des sudations abondantes et un sentiment de faiblesse ; ces troubles s'observent dans divers états, infectieux, etc. En outre, on observe sous l'influence de l'hypophyse une vaso-constriction de la glande thyroïde qui rend des services dans le goitre exophtalmique.

L'orateur a fait des essais dans 24 cas d'affections infectieuses, dont 3 de tuberculose aiguë des séreuses qui n'ont pas été influencés au point de vue de la marche générale du processus. On obtint toutefois, une augmentation de tension artérielle et une diurèse abondante.

Sur 8 cas de fièvre typhoïde, il n'y en eut que 2 qui furent baignés en même temps qu'ils étaient soumis au traitement par la poudre d'hypophyse. La tension artérielle passa de 12 à 20, en moyenne, avec une diurèse de 2 à 4 litres.

Des cas de pleuro-pneumonie grippale ont tous guéri et on enregistra une convalescence rapide, inusitée dans cette affection.

Il y eut 4 morts sur 24 cas. Comme conclusion, l'auteur estime que la poudre d'hypophyse doit être régulièrement utilisée comme adjuvant dans les affections infectieusesé dont elle pallie plusieurs accidents (diminution de la tension artérielle, de la quantit-d'urines, etc.). On donnera 0,30 à 0,50 grammes par jour de poudre totale, car les fonc, tions du lobe antérieur, encore mal connues, jouent sans doute un rôle dans les effets observés.

M. Bardet lit une note concernant le *traitement de la coqueluche.* Dans 4 cas graves, il a institué le traitement de Binz par les sels de quinine insipides (euquinine, aristochine). L'orateur s'est servi de la première de ces 2 préparations, qui est insipide parce qu'insoluble en milieu alcalin ; si la salive est acide, on perçoit une certaine amertume au moment de la déglutition : il est facile d'éviter cet inconvénient en faisant gargariser, avant l'ingestion, le malade avec de l'eau de Vichy. La salive acide contient de l'acide l'actique, et comme l'éthylcarbonate de quinine ou enquinine présente une molécule peu soluble, il se forme du lactacte de quinine amer.

On donnera, chez l'enfant, deux fois autant de décigrammes par vingt-quatre heure que le sujet compte d'années d'âge. S'il s'agit d'un nourrisson on comptera par centigrammes (0,12 grammes à six mois).

L'action de l'euquinine a été peu rapide chez le sujet arrivé à la troisième semaine de sa maladie, mais chez celui pris dès le début l'effet a été très remarquable. Il n'y avait aucune coïncidence heureuse dans les cas traités, car le nombre et l'intensité des accès augmentait dès qu'on supprimait la médication.

Il est toujours bon d'associer à ce traitement des antispasmodiques, parmi lesquels l'orthoformiate d'éthyle ou æthone a de grands avantages. En inhalation, ses effets sont trop passagers ; il est préférable de l'administrer à l'intérieur à la dose de 25 à 40 gouttes par jour.

M. Chevalier fait remarquer que les effets de l'æthone se rapprochent de ceux du chloroforme, mais avec cette différence avantageuse que l'æthone, loin d'être un dépresseur de l'activité cardiaque, excite au contraire celle-ci, et augmente la diurèse dans de larges proportions.

M. Barbier essaie depuis cinq ans tous les soi-disant spécifiques de la coqueluche et a pu reconnaître qu'aucun d'eux n'est capable de faire avorter cette affection. On n'arrive qu'à mettre les enfants à l'abri des complications et à éviter les quintes trop violentes. L'orateur, dans son service à l'hôpital Hérold, place ses malades, en toute saison, sous une tente à l'air libre, et empêche, en ville, de les claquemurer. De cette façon, on obtient des résultats remarquables, car sa statistique hospitalière n'accuse que 3 p. 100 de décès par bronchopneumonie. La poussière est très nocive, aussi ne doit-on sortir les coquelucheux, à Paris, que dans les quartiers situés près du Bois de Boulogne, par exemple.

Comme antispasmodique, le bromoforme est dangereux, car on est obligé de se servir de doses trop élevées. Le sirop d'éther et codéine est bien préférable, ainsi que le sirop de grindelia robusta. En cas de quintes violentes, on fait inhaler du chloroforme.

Il faut aussi recommander le plus grand calme aux personnes entourant le malade. Pour fluidifier les sécrétions, l'oxymel scillitique constitue une excellente préparation.

M. Bardet a reconnu que l'æthone agit tout spécialement dans les trachéites grippales avec toux quinteuse.

M. Duchesne a eu l'occasion d'observer une série de cas de coqueluche dans une famille : chez une petite fille dont les quintes étaient pour ainsi dire incomptables, l'æthone amena une diminution rapide de 90 p. 100 environ dans le nombre des crises. Chez une femme de soixante-six ans, à propos de laquelle on avait pour ainsi dire épuisé l'arsenal thérapeutique, l'æthone fit passer le nombre des accès de 60 à 24.

L'orateur recommande de donner 40 gouttes au moment du coucher, et une nouvelle dose au milieu de la nuit, chez les adultes. Il ne faut pas administrer le médicament au cours des quintes.

M. Amat a constaté qu'en revaccinant un coquelucheux, il assista à un arrêt de l'affection tout à fait curieux ; du jour au lendemain, le nombre des quintes passa de 30 à 6.

M. Saint-Yves Mesnard rappelle qu'il y a quelques années, le Dr Jaskiewitsch avait attiré l'attention de la Société sur les effets exercés par la vaccination dans les affections infectieuses. Il avait surtout mentionné sur la rougeole, la scarlatine et la coqueluche.

M. Amat donne lecture d'un travail concernant les *troubles de l'audition et de la vision modifiés par un traitement gastrique*. L'orateur dispose de 5 observations qui démontrent que les bourdonnements d'oreille, les phosphènes et divers troubles analogues peuvent disparaître ou au moins diminuer dans de larges proportions si on soumet les malades à un traitement destiné à combattre les phénomènes gastriques que ces malades peuvent présenter.

M. Burlureaux croit que ces constatations présentent un grand intérêt au point de vue de la pathologie générale. La question mérite une étude approfondie.

M. Bardet fait remarquer que les réactions éloignées dues aux états dyspeptiques sont pour la plupart assez mal connues ou en tout cas insuffisamment recherchées.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,
Médecin des hôpitaux.

Sur le traitement de la fièvre typhoïde, par KNYVETT GORDON (*Brit. med. J.*, 9 mars 1907). — L'auteur insiste sur l'importance de certaines mesures, qui, adoptées cependant dans la plupart des hôpitaux, sont néanmoins observées avec moins de soins dans la clientèle privée. Parmi ces mesures il faut insister sur un nettoyage complet de la bouche, avec extraction des dents cariées quand il y en a. La langue si caractéristique qu'on qualifie de rôtie est bien plus souvent due à une infection septique de la bouche qu'à la fièvre typhoïde seule. Le régime lacté exclusif ne doit pas être imposé même s'il est bien supporté, les selles typhiques types étant dans la majorité des cas dues à la dyspepsie du lait et non à la fièvre typhoïde seule. Le bain froid ne doit pas être employé d'une façon systématique, mais il a une grande valeur dans certains cas, surtout lorsqu'il existe de la toxémie sans lésions cardiaques dégénératives concomitantes. De même on ne doit employer d'une façon systématique ni alcool à petites doses, ni antiseptiques intestinaux, ces derniers déterminant une augmentation de la diarrhée. Il y a des inconvénients à donner de l'opium dans toutes les variétés de douleurs abdominales, surtout parce que ce médicament empêche le diagnostic de la perforation lorsqu'elle se produit. Mais s'il survient des hémorragies intestinales il est nécessaire de donner de l'opium à hautes doses. Dans la perforation, la seule chance de salut est dans la laparotomie avec suture de l'intestin; il n'est pas prudent de faire un lavage de la cavité abdominale. Il faut surveiller avec soin la vessie et s'il survient de la distension de ce réservoir sans symptômes prononcés de rétention, le cathétérisme améliorera parfois beaucoup l'état général du malade.

L. JUMON.

Traitement de la fièvre typhoïde par le pyramidon, par Bruno LEICK (*Münch. med. Woch.*, 19 mars 1907). — Suivant les prescriptions de Valentin, l'auteur fait prendre, toutes les deux heures, jour et nuit, 10 cc. d'une solution à 2 p. 100 pour les adultes, de 1. p. 100 pour les enfants. Il insiste sur la nécessité de donner le médicament toutes les deux heures, car si on le donne à de plus grands intervalles, il peut se produire des sueurs. Si la température tombe au-dessous de 36°, on suspend la médication. Celle-ci rend complètement superflu le traitement par les bains. En même temps que la température s'abaisse tous les autres symptômes s'amendent. Si la température se maintient pendant longtemps au-dessous de 37°, on peut essayer de ne donner le médicament que toutes les trois heures, puis toutes les quatre, six, huit et douze heures, jusqu'à ce qu'on le cesse complètement. Il suffit de donner un ou deux bains de propreté par semaine. L'état des malades s'améliore au point qu'on croit difficilement avoir affaire à des typhiques, car les malades semblent plutôt en convalescence.

En même temps que la température, le pouls s'abaisse, mais non dans la même proportion; on compte habituellement 80 à 90 pulsations à la minute. Jamais l'auteur n'a remarqué d'action nuisible sur le cœur ni sur la circulation. Le délire, lorsqu'il existe, disparaît complètement en quelques jours. Ce traitement permet d'alimenter plus facilement les malades, mais la nourriture doit toujours rester liquide. Le traitement ne

paraît pas abréger la durée de la maladie. Si le pyramidon n'a pas d'action spécifique ici, il agit cependant beaucoup mieux que les autres antipyrétiques. Les urines se colorent en rouge, mais l'auteur n'a pas observé de troubles du côté des reins.

L. JUMON.

Érysipèle et moustiques, traitement, par P. FAUCHEUX (*Le Centre médical*, 1er avril 1907). — L'auteur montre comment les moustiques sont des agents de la contamination streptococcique en citant plusieurs observations à l'appui. Mais les moustiques ne colportent les germes pathogènes qu'à certaines périodes de l'année. Cette propagation est limitée à un certain secteur correspondant aux milieux dans lesquels ils ont éclos et où ils habitent; dans ces foyers les détritus organiques et les eaux croupies sont les aliments propres au développement des moustiques. La femme semble spécialement disposée à contracter cette infection avant, pendant et peu après sa période menstruelle. Le temps d'incubation est très court et au bout de six heures le syndrome de la toxi-infection est au complet. L'éruption bénigne se calme après la médication.

L'auteur s'est bien trouvé du traitement suivant: purgation saline, un verre de Bordeaux d'eau minérale purgative le matin à jeun, suivi de suite d'une tasse de lait. Six heures après, première cuillérée à café de levure sèche de bière délayée dans un demi-verre d'eau sucrée, six cuillérées pour les vingt-quatre heures. Potion tonique, quinquina et rhum; limonade citrique coupée de vin blanc, lait. La médication à la levure de bière semble donner des résultats excellents. L'érysipèle a une évolution bénigne et rapide, malgré la violence de la phase prodromique. La température baisse et le syndrome toxi-infectieux disparaît en deux ou trois jours. On doit continuer la médication après la défervescence pendant huit à dix jours, à doses progressivement décroissantes et reprise pendant huit jours chaque mois, au moment des règles, pendant six mois.

Comme traitement externe et local, applications d'onguent ichthyolé en debordant le bourrelet de deux à trois centimètres. Après une première application, les vésicules s'affaissent, leur contenu devient laiteux et il se forme une croûte qui tombe, sans laisser de cicatrice, vers le septième ou le huitième jour.

Il faut éviter avec le plus grand soin d'employer, en même temps que la levure et l'ichthyol, les narcotiques, opium, chloral, et même la quinine et l'alcool à dose moyenne. Ces médicaments arrêtent ou retardent les effets de la chimiotaxie positive. On doit enfin appliquer scrupuleusement les mesures sanitaires concernant les eaux stagnantes, les détritus animaux et végétaux.

L. JUMON.

Sur la pustule maligne et son traitement, par BARLACH (*Münch. med. Woch.*, 9 avril 1907). — Autrefois l'auteur ne faisait que des incisions avec applications antiseptiques donnait du vin ou du cognac et faisait des injections d'huile camphrée. Le résultat n'étant pas satisfaisant il a eu recours au thermocautère, d'après la recommandation de Lejars, puis aux injections d'iode. Cependant, il n'enlève pas la pustule au thermocautère, mais creuse avec le thermocautère une profonde gouttière autour de la couronne de vésicules en enfonçant la pointe fine successivement, de manière à former le cercle autour de la pustule qui, ainsi isolée, est fendue par une incision cruciale. Dans la suite l'auteur n'emploie plus le thermocautère. Puis à cinq ou dix centimètres de la pustule, il fait en cercle un certain nombre d'injections iodées, en se servant de la teinture d'iode ordinaire dont il injecte quelques gouttes à chaque endroit et au total une seringue de Pravaz. Dans les cas graves il renouvelle cette injection les jours suivants. S'il y a de l'œdème déjà très accusé on fait des incisions larges et suffisamment nombreuses. Des compresses de sublimé sont placées sur la pustule, l'œdème et l'érysipèle. Au besoin on fait des injections d'huile camphrée.

Le résultat de ce mode de traitement est, d'après l'auteur, excellent. L'œdème, qui prend souvent des proportions gigantesques, ne se produit pas ou s'arrête. L'état général s'améliore rapidement. Le danger est considérablement diminué, la durée de la maladie est abrégée. La rapidité de l'intervention est ici d'une extrême importance.

L. JUMON.

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Traitement du diabète par l'acide salicylique, par le professeur LATHAM (*Gazetta Siciliana di medicina et chirurgia*), n° 47. — Le professeur Latham distingue deux variétés de diabète suivant que les troubles nerveux qui déterminent l'affection intéressent la fonction hépatique ou la fonction musculaire. Il considère cette dernière variété comme un diabète rhumatismal. On reconnaîtrait, d'après l'auteur, l'origine musculaire du diabète, au fait que l'urine contient une substance dissolvant l'oxyde de cuivre, d'où la conséquence que, lorsqu'on fait la réaction de Fehling, il faut employer, pour une même quantité de glucose, une plus grande quantité de liqueur cupropotassique que s'il s'agit de diabète hépatique. L'auteur traite cette variété de diabète par l'acide salicylique. Ce médicament atténuerait les symptômes, et, en particulier, la polyurie et la glycosurie.

M. Latham considère le salicylate comme un traitement spécifique du diabète rhumatismal. Il conseille la formule suivante :

Acide salicylique.....		8 gr.
Carbonate de soude.....	....	ââ. 4 —
Carbonate d'ammoniaque...		
Eau.....		30 —

Au moment où on fait ce mélange, il se produit une effervescence. Quand le dégagement gazeux a cessé, ajouter :

Eau.....	360 gr.

Prendre 3 cuillerées par jour dans du vin, orangeade ou toute autre boisson.

PIERRE SÉE.

La goutte et son traitement, par LE GENDRE (*La Médecine moderne*, 20 mars 1907). — En présence d'un accès de goutte, il ne faut pas céder immédiatement aux désirs du malade qui réclame du colchique, car il est préférable de laisser à l'acide urique le temps de se déposer : en coupant trop vite les accès, on expose le malade à des manifestations viscérales (néphrite interstitielle).

Comme topiques, on se servira de compresses imbibées légèrement d'eau sédative, de morphine associée à l'atropine, de menthol camphré (menthol 3 parties, camphre 2).

On prescrira sans danger l'acide salicylique et les salicylates. On facilitera l'élimination en transformant l'acide urique en acide salicyturique.

La diurèse sera facilitée par la tisane de feuilles de frêne additionnée de bicarbonate de soude.

Si l'accès se prolonge, on donnera de l'extrait de semence de colchique (5 à 10 grammes en vingt-quatre heures), la teinture de semences (1 gramme, soit 53 gouttes).

Le colchique est un sédatif cardio-vasculaire et un cholagogue, mais aussi un hyposthénisant dangereux.

L'auteur a absolument renoncé à la colchicine, malgré la commodité de son emploi.

On ne donnera pas le colchique dans l'intervalle des accès, mais s'il survient de la goutte larvée (hoquet rebelle, céphalalgie très violente), explicable par une rétention des produits d'excrétion urinaire, on peut prescrire ce médicament à petite dose : on se gardera de le laisser prendre fréquemment, et surtout au moment des prodromes annonçant l'accès.

E. VOGT.

Thérapeutique de l'accès de goutte, (*Journal de médecine de Paris*, n° 11, 17 mars 1907, p. 98). — On prescrira contre l'accès de goutte :

1° *Traitement local* : Immobilité absolue du membre malade qu'on enduira du liniment calmant :

Baume tranquille.....	âââ
Laudanum de Sydenham.	
Chloroforme.....	

Puis on enveloppera d'ouate.

On peut encore badigeonner la région malade de laudanum tiède, ou l'entourer de compresses d'eau froide.

2° *Traitement général* : Régime lacté, bouillon, eaux diurétiques et alcalines. Au début, boire toutes les deux heures un grand verre de Vichy-Célestins, Vittel, Contrexéville ou Evian, additionné de 20 centigrammes de carbonate de lithine.

Si les reins fonctionnent bien, on donnera, dès le troisième jour, et par doses fractionnées, 2 à 3 grammes de salicylate de soude, ou 1 gramme d'aspirine. S'il y a albuminurie, on prescrira 1 gramme de quinine. Le jus de citron, la citronine, le so-

lurol (ou acide thyminique) sont indiqués pour faciliter l'élimination de l'acide urique.

A la fin de la première semaine, on s'adressera aux préparations de colchique (liqueur de Laville); on les cessera s'il y a vomissements ou diarrhée.

Enfin on veillera au bon fonctionnement de l'intestin.

PIERRE SÉE.

Traitement de la chlorose par les bains de boue chaude, par STEINSBERG (*Berlin. klin. Woch.*, 15 avril 1907). — L'auteur est tenté de considérer la chloro-anémie comme une affection des organes génitaux, caractérisée par une modification de la sécrétion interne des ovaires. Il ne faut donc pas s'étonner si tant de cas de chloro-anémie résistent à l'action du fer, du manganèse, de l'arsenic: ces médicaments sont purement symptomatiques et ne modifient probablement que la masse sanguine seule.

Il est préférable de s'attaquer directement à la cause et d'influencer le fonctionnement des organes génitaux : or, les bains de boue à température élevée représentent un mode de traitement extrêmement efficace.

L'auteur dispose de 23 observations: en général, on donnait par semaine 3, plus tard 4 bains de boue de consistance moyenne, à 38—39°, de 8 à 20 minutes de durée. La patiente est à demi couchée, la hauteur du bain ne dépassant pas le milieu du sternum: les parties restées hors du bain sont frictionnées avec des linges froids ou arrosées d'eau froide; sur la tête, une compresse mouillée froide. Après le bain, on nettoie la patiente avec de l'eau à 35°, puis on fait un enveloppement humide qui reste en place jusqu'à ce que la transpiration se manifeste : au bout de 5 minutes, friction avec des linges secs et chauds et repos au lit de 2 heures.

En général, on observe une diminution de poids et une amélioration manifeste des symptômes morbides dès le 4e bain : la cure est en général de 15 à 20 bains et se termine par quelques bains d'eau ferrugineuse.

E. VOGT.

Un cas d'anémie pernicieuse, par MM. COURTOIS-SUFFIT et H. FERRAND (*Soc. méd. hôp.*, 11 janvier 1907). — Les travaux de MM. Hunter, Syllaba, Chauffard ont démontré que les destructions globulaires intenses peuvent s'accompagner d'urobilinémie, de cholémie, d'urobilinurie, de cholurie et d'ictère.

La coexistence d'ictère et d'anémie prouverait donc que cette dernière affection est dûe à la destruction et non à l'absence de formation des hématies.

Dans le cas cité par MM. Courtois-Suffit et H. Ferrand, il s'agit d'une malade présentant un ictère si accentué qu'elle fut soignée pendant plus d'une année pour une affection hépatique. Les auteurs décelèrent la présence, dans les urines, d'indican, d'urobiline et de pigments biliaires, et reconnurent, dans le sérum sanguin, une coloration jaune très accentuée qui était dûe à des traces de pigments biliaires et d'urobiline. L'examen du sang montra une formule hématologique d'anémie pernicieuse à réaction myéloïde faible (nombre de globules rouges réduits à 730.000 par millimètres cubes, 3 myélocytes et 2 normoblastes par 100 leucocytes). La malade fut mise à l'opothérapie médullaire qu'on associa dans la suite à la médication arsenicale. L'état général remonta alors rapidement et le nombre des hématies atteignit 1 650.000. L'amélioration persista environ un mois ; puis, malgré l'emploi de l'opothérapie, de l'arsenic et de la radiothérapie, la déglobulisation recommença et la malade succomba deux mois plus tard.

Elle n'avait plus, à ce moment, que 550.000 globules rouges par millimètre cube.

PIERRE SÉE.

Traitement de la pseudo-leucémie (maladie de Hodgkin), par J. SHOEMAKER (*The med. bulletin*, mars 1907). — Le traitement de cette maladie est très ingrat. Il n'y a pas lieu d'intervenir par une opération. Le malade doit être placé dans de bonnes conditions de milieu, être bien alimenté; les toniques stimuleront l'appétit en activant la digestion. L'association du fer et de l'arsenic peut donner une amélioration temporaire. Quelques-uns ont recommandé le phosphore. L'auteur n'a obtenu aucune guérison permanente par les rayons X. Leur application fait bien diminuer de volume la tumeur, mais celle-ci reprend son volume primitif quand on cesse et même devient plus grosse qu'auparavant. En outre, ce traitement peut entraîner des brûlures et déterminer une désintégration rapide du

néoplasme avec toxémie, comme cela arrive chez certains cancéreux soumis au même traitement. Si le diagnostic est fait de bonne heure et le traitement radiothérapique appliqué aussitôt, on peut sans doute obtenir de meilleurs résultats.

L. JUMON.

Maladie bronzée d'Addison. Opothérapie. Action toxique des capsules surrénales, par M. GUIOL (*Bull. de la Soc. médicochirurgicale du Var*, décembre 1906). — M. Guiol cite l'observation d'un malade âgé de trente ans, atteint de maladie d'Addison, et chez lequel l'opothérapie surrénale occasionna des symptômes d'intoxication (vomissements, diarrhée, refroidissements, etc.). L'auteur, surpris par ces phénomènes, fit ingérer des capsules surrénales à une personne saine, qui présenta, de même, des signes d'empoisonnement.

M. Guiol réduisit alors la dose que le malade devait ingérer, à une moitié puis à un quart de capsule. Le patient succomba d'ailleurs au bout de quelque temps.

L'intérêt de cette observation réside, d'après l'auteur, dans le fait, non encore signalé, que l'ingestion de capsules surrénale, a intoxiqué non seulement le malade, mais encore une personne saine.

PIERRE SÉE.

Traitement du goitre exophtalmique, par le Dr J. GALIANA SORIANO (*Revista de Dermatologia*. Madrid, novembre 1906). — Dans ce travail l'auteur nous dit obtenir d'excellents résultats par le traitement électrique appliqué à la manière suivante : courants galvaniques établis, avec pôle positif sur la partie inférieure et postérieure du cou et pôle négatif sur la région thyroïdienne à l'endroit où la glande présente son relief maximum. Chaque séance dure de 5 à 8 minutes, avec une intensité de 6 à 10 milliampères. On utilisera comme pôle actif (celui qui agit sur la thyroïde) une plaque circulaire de 5 centimètres de diamètre.

Par ce traitement, l'auteur a vu disparaître les manifestations du goitre, en premier lieu, les troubles qui semblent dépendre directement du système nerveux diminuent, puis les troubles cardiaques et oculaires et enfin le goitre lui-même ; ce dernier peut parfois même disparaître, mais résiste longtemps au traitement.

L'auteur ajoute à son travail six observations accompagnées de six photographies qui prouvent la réussite de son traitement.

F. BERINI.

Contribution à la médication thyroïdienne, par THOMAS (*Bull. gén. de thérapeutique*, 8 mars 1907). — L'auteur publie deux observations de maladie de Basedow traitées par l'hémato-éthyroïdine de Hallion : dans le premier cas, il s'agissait d'une malade âgée de quarante-sept ans, chez laquelle toutes les médications avaient échoué.

Pendant trois semaines, la malade prit ce médicament en augmentant peu à peu les doses : au début, deux cuillerées à café, à la fin, trois cuillerées à dessert par jour. L'état général s'améliora rapidement, le poids augmenta, le sommeil revint, bien que le système circulatoire n'eût pas présenté de modifications importantes.

Après dix jours de repos, nouvelle cure de trois semaines : le poids continue d'augmenter, l'état général s'améliore encore, et l'on ne reprend une troisième cure que deux mois plus tard. Depuis cette époque, la malade, après quelques mauvais jours, peut être considérée comme guérie.

Le deuxième cas concerne aussi une malade, âgée de soixante-trois ans, réfractaire aux diverses médications employées ; les cures d'hémato-éthyroïdine furent moins régulièrement suivies que dans le cas précédent : malgré cela, les mêmes résultats favorables ont été obtenus et la malade a pu reprendre ses occupations : elle se plaint encore de douleurs rhumatoïdes et présente encore un peu de tremblement.

Pour l'auteur, ces deux observations, sans être concluantes, cela va sans dire, démontrent qu'on se trouve actuellement en possession d'un procédé fondé sur des bases sérieuses et promettant de bien augurer de l'avenir.

E. VOGT.

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT,

Ancien interne des hôpitaux.

Appendicite traumatique (*Soc. de chir.*, 27 mars 1907). — M. LEGUEU cite une obser-

vation qui prouve que, si le traumatisme n'a pas sur l'appendice sain une action bien déterminée, il est capable de provoquer la rupture d'un appendice malade. En effet, chez un enfant de 10 ans qui avait reçu un coup de pied dans le ventre et présentait à la suite les signes d'une péritonite généralisée, il enleva un appendice perforé, ce qui n'empêcha pas l'enfant de succomber. M. Broca pense avec raison qu'un traumatisme peut provoquer une crise aiguë, mais seulement chez les appendiculaires. Aussi la crainte de M. Demoulin paraît-elle exagérée, lorsqu'il invoque les conséquences médico-légales de cette théorie. Est-il impossible d'admettre une action directe quelconque du traumatisme sur l'appendice sain, vu sa situation et sa mobilité ?

A. Benoît.

Traitement des abcès appendiculaires, par M. von Brunn (*Beitraye. klin. Chir.*, 1906, LII, 3). — M. Von Brunn défend aujourd'hui une nouvelle technique applicable à l'appendicite suppurée, qui va à l'encontre des règles classiques jusqu'à ce jour. Au lieu d'éviter l'ouverture du péritoine, en se tenant à l'abri des adhérences, ce chirurgien incise largement le long du bord externe du muscle droit et traverse toutes les couches, péritoine compris. Il applique alors des compresses isolantes, en haut, au milieu, en bas. Il libère alors l'épiploon; l'abcès est découvert généralement au cours de cette manœuvre. On le vide et le déterge. Puis, on sépare le cæcum des anses grêles, avec beaucoup de douceur, à cause des adhérences; puis, suivant la bande antérieure de cet intestin, on arrive sur l'appendice, parfois fort malaisé à découvrir. Le but de cette opération est essentiellement d'*exciser toujours l'appendice*. Ceci fait, on peut réunir tout le haut de la plaie, en laissant un drain dans sa partie inférieure. Le meilleur argument que nous fournit cet opérateur consiste à comparer les résultats statistiques par l'ancienne et la nouvelle méthode. Or, à la clinique de Tubingue, où il pratique, on voit que les guérisons sans incident, et particulièrement sans fistule stercorale, sont plus fréquentes avec cette dernière.

A. Benoît.

Cancer de l'appendice iléo-cæcal (*Soc. de chir.*, 6 mars 1907). — Suite de la discussion sur le cancer de l'appendice iléo-cæcal. Cette fois, M. Quénu fait savoir æque M. Landau a réuni 58 cas d'appendicite cancéreuse dans un mémoire communiqué récemment à la Société de médecine de Berlin. Dans tous ces cas, l'examen histologique fut nécessaire pour reconnaître la véritable nature de la maladie. Plusieurs orateurs, M. Lejars entre autres, ont enlevé des appendices manifestement cancéreux, puisque il y eut récidive et mort assez rapide, mais surtout chez l'adulte. La mort survient alors par carcinose péritonéale. Pourtant, M. Jalaguier a opéré, croyant avoir affaire à une appendicite, un jeune sujet de 9 ans, porteur d'un cancer sténosant de l'appendice. Ce malade a guéri. MM. Lucas-Championnière et Monod mettent en doute le diagnostic de cas aussi fréquents, surtout si l'on considère que la plupart des opérés ont guéri définitivement. On peut donc croire, avec M. Delbet et contrairement à l'opinion de M. Quénu qui croit à l'infaillibilité de l'examen microscopique, que beaucoup d'adénomes ont été pris pour des épithéliomes cylindriques. Ceci n'empêche pas de penser qu'il ait pu y avoir, en ce point du tube digestif, comme en tout autre, quelques cas de cancer authentique, dont l'ablation ait pu être suivie de très longue survie.

A. Benoît.

Énorme prolapsus du rectum; guérison par des colopexies multiples et l'iléo-sigmoïdostomie, par M. Le Nouene (du Havre) (*La Revue méd. de Normandie*, 1906 n° 21). — Un homme, qui avait subi des traitements divers pour phénomènes intestinaux, avec ténesme rectal, simulant tantôt l'appendicite, tantôt l'entérite tuberculeuse, finit par voir se produire un *prolapsus* qui atteignit très rapidement 10 à 15 centimètres. Malgré la réduction possible, les épreintes rectales et la déperdition des forces l'amenèrent à demander une intervention. Laparotomie médiane sur un plan incliné. Le cæcum était absent de la fosse iliaque droite; sous le diaphragme, on rencontrait une grosse masse qui n'était autre que le gros intestin invaginé. Au centre de la tumeur, formant plusieurs cylindres concentriques, se trouvait le cæcum, l'appendice et une petite partie d'intestin grêle. Désinvagination et suture d'une perforation du côlon ascendant. Le côlon iliaque fut attiré en bout et fixé à la

fosse iliaque le plus haut possible par un surjet de soie, en vue de réduire le prolapsus. Il n'en restait pas moins une ptose de la masse du cæcum et du transverse, dont le méso était très allongé. Des points de fixation furent placés sur le côlon ascendant et sur le transverse, de façon à l'attacher au péritoine antérieur. Afin d'alléger le gros intestin et pour réduire son hypertrophie l'auteur termina en abouchant l'iléon à l'iliaque, par l'iléo-sigmoïdo-tomie latérale. Il y eut un peu de shock, des coliques pendant une quinzaine, mais le ténesme rectal disparut et le prolapsus parut guéri. Ce bon résultat s'est maintenu et le malade, journalier, a repris ses travaux. On voit que le prolapsus était ici causé par l'augmentation du poids de tout le gros intestin. D'où la nécessité de procéder à des fixations multiples.

A. Benoît.

Des pancréatites (*Soc. de chir.*, 13 mars 1907). — De nouveaux faits sont communiqués au sujet des affections chirurgicales du pancréas, en voie de progrès sensible. M. Faure cite aujourd'hui deux cas. Le *début* est presque toujours *brusque* et ressemble fort au tableau clinique des perforations à la suite d'ulcère plus ou moins latent de l'estomac ; ce qui est facile à concevoir, vu les rapports étroits de l'estomac et du pancréas. Douleur vive et tumeur épigastrique, avec phénomènes péritonéaux graves amènent le chirurgien à intervenir par la laparotomie sus-ombilicale. Tantôt on trouve au-dessous de l'épiploon soulevé un *vaste abcès*, tantôt une *tumeur hémorragique* pouvant atteindre le volume d'une tête de fœtus. Dans ces cas, on songerait volontiers à un cancer de l'estomac ou du côlon transverse. Ces collections, quelle que soit leur nature, doivent être évacuées et drainées. On a vu des fistules pancréatiques persister quelque temps par l'orifice de drainage ; mais elles finissent par guérir spontanément.

M. Quénu insiste à ce propos sur la difficulté réelle qu'il y a à distinguer les pancréatites suppurées des abcès rétro-gastriques dus à une perforation de l'estomac ou du duodénum.

A. Benoît

Pancréatite hémorragique et pancréatite suppurée (*Soc. de chir.* 20 fév. 1907). — Deux cas cités par M. Guinard viennent éclairer la symptomatologie des inflammations du pancréas et doivent être retenus pour leur assez grande fréquence.

Un homme de trente-cinq ans, atteint d'orchite syphilitique, avait subi une série d'injections de benzoate de mercure. Au cours de cette série, il ressentit une douleur en « coup de poignard » dans la région épigastrique. Son état s'altéra à partir de ce moment. M. Guinard constata l'existence d'une tumeur épigastrique. Une ponction faite auparavant en avait retiré une petite quantité de sang. Pensant à une pancréatite hémorragique, il conseilla une laparotomie, au cours de laquelle il ouvrit une poche hématique remplie de caillots. Le malade guérit fort bien.

Dans un autre cas, même début extrêmement brusque, au milieu d'un repas : les signes consécutifs deviennent par la suite ceux d'une pleurésie purulente enkystée. Ce fut le diagnostic porté par M. Faisans, qui vit le malade à l'Hôtel-Dieu. M. Guinard pensant à une pancréatite suppurée à cause de ce début soudain, rapproché des cas qu'il avait vus, commença par s'assurer, en ouvrant la plèvre qu'il n'y avait rien dans sa cavité. Puis, il ouvrit par la voie transdiaphragmatique une poche d'abcès qui provenait bien du pancréas. Ce malade guérit également.

A. Benoît.

Plaies multiples du poumon par coups de feu, (*Soc. de chir.* 13 mars 1907). — M. Beurnier communique un cas de son service hospitalier, dans lequel l'interne fut amené à suturer, après résection costale provisoire, trois plaies du poumon par balle de revolver, qui saignaient abondamment. M. Duval sutura également une plaie pulmonaire avec succès dans un rapport de M. Quénu.

Ces cas donnent cependant lieu à des discussions. En effet, M. Lucas-Championnière pense que l'immobilisation absolue offre de grandes chances de succès, tandis que l'échec, en cas d'intervention, est très fréquent.

M. Demoulin est aussi partisan de l'expectation avec immobilisation du malade dans la gouttière de Bonnet, en se basant sur les guérisons qu'il a obtenues. Les blessures des petits vaisseaux, dit-il, s'oblitèrent par suite de la pression de l'hémothorax ; pour celles des gros vaisseaux l'intervention n'est pas efficace, car on ars

rive trop tard. M. Delbet, lui, objecte que les vaisseaux de moyens calibres sont ceux qui donnent le plus fréquemment lieu à des hémorragies tardives. A son sens, c'est une raison d'être interventionniste dans les plaies du poumon par coups de feu.

On voit ainsi que la décision à prendre exige, de la part du chirurgien appelé en pareil cas, une appréciation aussi exacte que possible de la gravité des accidents par leurs signes cliniques.

A. Benoît.

Résection de la hanche (*Soc. méd. de Reims*, 20 février 1907, in *Union méd. du Nord-Est*, 15 avril 1907). — M. Guelliot estime qu'on ne peut jamais, dans la coxalgie suppurée, se dire partisan absolu de la résection de la hanche ; on ne doit pas davantage ne jamais la pratiquer. Pourtant l'auteur n'est pas opposé à cette opération. On objecte souvent la gravité de cette intervention. M. Guelliot n'admet cette gravité que lorsqu'elle est faite chez un malade tuberculeux. Malheureusement, la difformité subsiste après l'opération. C'est une opération mutilante qui donne toujours un raccourcissement considérable dû à la suppression du cartilage épiphysaire supérieur. L'auteur publie des photographies à l'appui, montrant que les résultats, même quand ils sont beaux d'abord, deviennent moins satisfaisants plus tard. Mais quand on peut avoir l'ankylose de suite, les raccourcissements sont minimes. Mais cette diminution de longueur du membre peut se produire parfois par une subluxation de la hanche et une atrophie du membre, sans aucune résection. L'auteur termine en disant que l'opération est indiquée quand l'état général périclite et quand la douleur persiste malgré l'extension, ce qui indique qu'il y a présence de pus dans la cavité cotyloïde.

R. Blondel.

Luxation du métatarse (*Soc. de chir.*, 20 mars 1907). — Un cas de M. Soubotich (de Belgrade), où le métatarse était luxé en dehors, avec subluxation du premier cunéiforme. Impossibilité de réduire sous le chloroforme. A ce cas, M. Walther, rapporteur, en ajoute un personnel. Une femme avait eu le pied pris entre deux wagons ; la luxation métatarsienne qui se produisit datait de plusieurs mois.

Dans les deux cas, il fallut se borner à faire du *massage et de la mobilisation* et le résultat fonctionnel fut satisfaisant.

Il est en effet presque impossible de faire rentrer les os de cette région après de violents traumatismes et cette règle, souvent vérifiée, ne saurait être infirmée par le cas que M. Nélaton vient aussi communiquer, et dans lequel la réduction du métatarse luxé fut très aisée. Bien que le *traitement de nécessité* sus-mentionné rende la marche aux blessés, on peut se demander s'il n'y aurait pas lieu d'instituer la réduction à ciel ouvert comme *traitement de choix* à appliquer dans ces cas, après échec des tentatives de réduction, pour lesquelles le cas favorable qui a été cité semble fournir un valable argument prouvant l'inutilité de l'anesthésie générale.

A. Benoît.

Résultats thérapeutiques dans les fractures de la rotule, par Landwehr (*Münch. med. Woch.*, 2 avril 1907). — Dans ce travail, qui comprend 37 observations, l'auteur fait des remarques sur les indications, la technique des méthodes et la marche de la guérison dans les fractures de la rotule. Dans les cas les plus légers on a simplement immobilisé le membre blessé dans un appareil plâtré ou une gouttière de Volkmann. On a employé une fois les crochets de Malgaigne et une fois l'opération de Schanz.

La suture, avec ouverture de l'articulation, a été faite 16 fois, en général huit à dix jours après l'accident ; on s'est servi du catgut fort. Chez un malade seulement on a employé du fil métallique qu'on a enlevé après guérison.

L'auteur a employé son procédé spécial d'extension dans 14 cas. Les hémarthroses abondantes ont été ponctionnées, puis on a appliqué temporairement un bandage de diachylon.

Il ressort de ces observations que le traitement doit tenir compte des conditions dans lesquelles se présente la fracture de la rotule : mais d'une façon générale le traitement non sanglant donne dans de nombreux cas des résultats aussi bons que par l'opération. On évite les dangers d'une méthode qui ne semble pas absolument sûre. Dans 50 p. 100 le traitement conservateur et dans 25 p. 100 la suture donne des résultats excellents. Mais la suture ne garantit pas la guérison osseuse et elle peut, d'autre

part, causer des troubles consécutifs; il faut considérer, ici surtout, la guérison fonctionnelle.

L. JUMON.

Insufflations d'oxygène dans l'articulation du genou (*Berlin. klin.*, *Woch.*, 1er avril 1907). — On se sert depuis quelque temps d'insufflations intra-articulaires d'oxygène chimiquement pur, pour faciliter la radiographie de cette région. RAUENBUSCH constata, au cours d'essais de ce genre, que des malades atteints d'arthrites chroniques revenaient quelques jours après la séance de radiographie, en réclamant une injection nouvelle, celle-ci leur ayant procuré un bien-être très appréciable.

L'auteur institua en conséquence cette médication nouvelle, et constata que même des cas graves étaient favorablement influencés. On se sert d'une canule mince, qu'on introduit dans l'interligne articulaire et on remplit d'oxygène l'articulation, pendant que le malade exécute des mouvements légers de flexion et d'extension. On fait l'occlusion de la petite plaie avec un peu d'ouate fixée au moyen de collodion : le malade peut se lever ensuite. L'oxygène disparaît au bout de un à dix jours et on peut recommencer l'insufflation une à trois semaines après.

En présence de ces succès, l'auteur essaya de traiter par le même procédé la tuberculose articulaire : dans ce cas, on se sert d'une canule plus forte, permettant l'écoulement de l'épanchement intra-articulaire : on insuffle après évacuation de celui-ci. Les douleurs disparurent de même et l'épanchement diminua peu à peu : les effets sont le plus souvent très rapides, mais la récidive se développe au bout de quelques semaines. La même conclusion est applicable aux arthrites non tuberculeuses.

É. VOGT.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr PIERRE SÉE.

Médication stimulante et compensatrice dans l'hyposthénie gastrique, par BARDET (*Bull. gén. de thérapeutique*, 15 avril 1907). — Le bicarbonate de soude est le saturant par excellence des fermentations chez les insuffisants : à côté de lui, les persulfates sont aussi capables de produire une excitation glandulaire; on cessera l'emploi de ces derniers si, au bout de six jours, l'effet stimulant n'est pas obtenu.

Pour exciter la fonction musculaire des parois stomacales, on s'adressera aux sels de potasse : on prescrira le sulfate, le nitrate ou le citrate à doses peu élevées, de 0.10 à 0.25 gr. avant le repas.

Le massage, sous forme de pétrissage très doux avec mouvements très lents, produira d'excellents effets.

Quand la paresse digestive stomacale est accentuée, on fera bien de donner avant le repas un cachet ainsi formulé :

Sulfate de potasse... } Azotate de potasse... }	àà 0.05 gr.
Bicarbonate de soude	0.30 gr.
Poudre d'ipéca.....	0.01 gr.

Il arrive que, malgré l'excitation provoquée par le traitement, la puissance fonctionnelle demeure au-dessous de sa tâche : il faudra, dans ces cas, administrer des médicaments capables d'accomplir artificiellement tout ou partie du travail digestif. On pourra, en premier lieu, donner un acide dilué : il n'est pas nécessaire de choisir l'acide chlorhydrique dans ce but : l'acide phosphorique (dix gouttes pour un verre de boisson) est fort bien supporté.

Les hyposthéniques présentent de l'hyperacidité causée par des fermentations anormales ; ils ont donc, comme les hypersthéniques, besoin de paquets de saturation, mais on variera les formules, car l'hyposthénique n'est pas toujours constipé ; il présente des alternatives de constipation et de diarrhée.

Une formule très favorable est la suivante :

Phosphate de chaux tribasique	3 gr.
Carbonate de chaux précipité.	1 gr. 50
Sous-nitrate de bismuth.....	0 gr. 50
Poudre d'opium.....	0 gr. 01 à 0 gr. 02
Poudre de racine de belladone	0 gr. 01 à 0 gr. 02

Pour un paquet à prendre dans un peu d'eau.

Il est souvent nécessaire de réitérer 2 ou 3 fois la prise du paquet saturant.

E. VOGT.

La dyspepsie tardive du lait, par M. PAUL GALLOIS (*Bulletin méd.* samedi 8 déc.

1906, n° 96, p. 1086.) — Certains malades mis au régime lacté présentent aussitôt des troubles digestifs (vomissements, diarrhée). Il s'agit d'une forme de *dyspepsie précoce du lait*. M. Gallois pense qu'il existe une autre forme moins connue de dyspepsie, à laquelle il donne le nom de *dyspepsie tardive du lait*. Les symptômes d'intolérance n'apparaissent alors que tardivement, au bout d'un temps variant de quinze jours à un mois ou six semaines. On les observe chez les gastropathes, les brightiques et les typhiques soumis au régime lacté; on les constate aussi chez les enfants au moment de l'allaitement ou du sevrage. Cette dyspepsie est due à la suralimentation et apparaît quand les sujets sont saturés de lait. Elle comprend deux périodes : dans la première, le malade supporte assez bien le lait et ne présente que de la dilatation d'estomac; dans la seconde apparaissent les phénomènes d'intolérance (diarrhée, vomissements, quelquefois fièvre) qui font penser à l'urémie, au cancer gastrique, à la fièvre typhoïde, à la tuberculose intestinale. L'estomac, vidé par les vomissements, reprend en général pendant cette période son volume normal.

M. Gallois cite plusieurs observations de malades atteints d'affections diverses (albuminurie, dyspepsie. embarras gastrique, fièvre typhoïde, cirrhose hépatique, etc.) chez lesquels le régime lacté, trop longtemps continué, a déterminé ou prolongé des troubles digestifs fébriles.

M. Gallois conseille aux malades atteints de cette dyspepsie de supprimer le lait et de revenir progressivement à une alimentation normale. Il met, dans certains cas, le patient au régime du fromage frais et du beurre; dans d'autres cas, notamment chez les asystoliques, il mitige le régime lacté par addition de fromage frais et de beurre, et il diminue de moitié la quantité de lait à absorber dans les vingt-quatre heures.

L'auteur enfin appelle l'attention sur ce fait que le diagnostic de dyspepsie du lait est délicat, car les symptômes n'en sont pas pathognomoniques; ils peuvent, en effet, appartenir aussi bien à la maladie primitive pour laquelle on a mis le patient au régime lacté. La suppression du lait serait alors néfaste; aussi M. Paul Gallois recommande-t-il d'être circonspect lorsqu'on modifie le régime du malade, et dans les cas douteux il conseille d'abord une cure de beurre et de fromage, qui représente, en somme, un régime lacté déshydraté.

PIERRE SÉE.

Traitement de la gastroptose, par J. GILBRIDE (*Amer. med.*, mars 1907). — Le traitement de la gastroptose doit d'abord être préventif autant que possible. Eviter les vêtements qui refoulent les organes abdominaux et faire porter aux femmes un bandage de soutien pendant les couches. Le traitement du déplacement de l'estomac est surtout mécanique. Les cures de repos obligeant le malade à rester au lit agissent parfois favorablement. Les bandages donnent de bons résultats, mais ils doivent être adaptés à chaque cas particulier.

Les bandages de diachylon peuvent servir temporairement durant une ou deux semaines. Parfois il sera nécessaire de garnir le bandage d'une pelote.

Le régime doit être substantiel, avec de petits repas à de fréquents intervalles. Le malade s'étendra après chaque repas. Il boira en petite quantité et prendra un ou deux verres d'eau à jeun.

Le lavage est indiqué quand il y a rétention. S'il y a de l'atonie et de la dilatation stomacale, on prescrira l'hydrothérapie, le massage, la gymnastique, l'électricité et la strychnine. Les selles doivent être soigneusement réglées. Le traitement médical doit être continué pendant longtemps avec persévérance avant de recourir à un traitement chirurgical, en se rappenant que les malades sont souvent des neurasthéniques. L'opération devient indiquée si les symptômes dyspeptiques graves persistent de façon à produire de l'émaciation. Il est probable que les meilleurs résultats sont donnés par l'opération décrite par Beyea et qui consiste à raccourcir les ligaments gastro-hépatique et gastrophrénique. Cette méthode ne gêne pas les mouvements de l'estomac. Au contraire l'opération qui a pour objet d'établir des adhérences entre la paroi abdominale et l'estomac trouble la motilité de l'organe et il est probable que le malade ne s'en porte pas mieux après. La pyloroplastie a été recommandée pour certains cas dans lesquels elle donne de bons résultats.

L. JUMON.

L'alimentation rectale, par M. G. MEILLÈRE (*Trib. méd.*, n° 13, 30 mars 1907, p. 198).

— L'alimentation rectale s'impose toutes les fois qu'il n'est pas possible d'introduire les aliments par la voie ordinaire, dans les cas notamment d'affections stomacales, de rétrécissement de l'œsophage, après certaines interventions chirurgicales, etc. Ce mode d'alimentation peut, de plus, être utile dans le traitement de certaines affections chroniques, consomptives ou cachectisantes (tuberculose, etc.).

Les aliments introduits dans le gros intestin, quoique le fait soit contredit par certains auteurs, sont absorbés, ainsi que le prouvent les expériences de Bremer, Œfele, etc. Il faut toutefois avoir soin de n'introduire dans le gros intestin que des substances prêtes à être absorbées; il ne possède, en effet, aucun pouvoir digestif.

Pour obtenir une alimentation rationnelle, il faut, d'après M. G. Meillère, n'user que de certaines préparations. Les *albuminoïdes* ne peuvent être employés que sous forme de peptones. Les poudres de viande, le blanc d'œuf, ne sont pas assimilés. D'après Bial, l adjonction d'alcool au lavement favorise l'absorption des peptones.

Les *graisses* doivent être au préalable émulsionnées. Le beurre contenu dans le lait fixé ou homogénéisé, les graisses liquides, telles que l'huile de foie de morue homogénéisée, sont de bonnes préparations. La glycérine serait également absorbable.

Les *hydrates de carbone*, en particulier les fécules et l'amidon, ne seraient, d'après M. G. Meillère, que très imparfaitement absorbés. Les sucres, cependant, seraient assez bien assimilés.

Pour que le lavement alimentaire soit efficace, il faut prendre certaines précautions. On lavera d'abord l'intestin avec une solution physiologique; lorsqu'elle sera rejetée, on fera placer le malade sur le côté gauche, en position génupectorale, et on introduira très lentement le lavement alimentaire chauffé à 37 degrés. Les meilleures formules sont :

Jaune d'œuf.....	N° 2
Peptone.....	25 grammes.
Glucose purifié.....	25 —
Eau-de-vie ou rhum..	25 —
Teinture d'opium....	X gouttes.
Chlorure de sodium..	3 grammes.
Lait. Q. s. pour 200 cent. cubes.	

L'opium sert à modérer la sensibilité de la muqueuse. On peut remplacer les 3 grammes de chlorure de sodium par 1 gramme de chlorure de calcium.

On a proposé de donner aux tuberculeux des lavements d'huile de foie de morue. Voici les formules de Revilliod et de Zoppino :

1° *Lavement huileux calcaire.*

Huile de foie de morue..	300 grammes.
Jaune d'œuf.....	N° 1.
Eau de chaux.....	200 grammes.

2° *Lavement huileux et salé.*

Huile de foie de morue.	500 grammes.
Jaune d'œuf.....	N° 2.
Chlorure de sodium.....	3 gr. 50
Eau.....	200 grammes

Pour 3 lavements.

On peut, d'après ces deux auteurs, ajouter à chaque lavement 0 gr. 50 d'hypophosphite de chaux. On pourrait aussi, d'après M. G. Meillère, additionner le lavement de créosote, de gaïacol, de cacodylate.

Enfin on analysera les urines, en insistant spécialement sur la recherche des peptones, de l'albumine et du sucre, pour modifier au besoin la formule du lavement.

L'auteur termine son intéressant article par plusieurs indications bibliographiques.

PIERRE SÉE.

Gélatine de Cohn pour le traitement des hémorragies stomacales et intestinales, d'après *Tribune médicale*, N° 13, 30 mars 1907, p. 207.

R. Gélatine.....	20 grammes.

Faites bouillir avec de l'eau pendant six heures pour que la gélatine reste liquide et ramenez le volume à 180 centimètres cubes. Filtrez et ajoutez :

Acide citrique.....	1 gramme
Sirop d'écorces d'orange..	15 —

A prendre par 1 ou 2 cuillerées à bouche, toutes les deux heures.

PIERRE SÉE.

Appareil pulmonaire. Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,
Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Le tannin dans la bronchectasie, par MARINI (*Journal des Praticiens*, 6 avril 1907). — L'auteur admet que le tannin, mélangé au biphosphate de chaux, exerce sur le tissu

pulmonaire une action vaso-constrictive des plus remarquables : en outre, ce mélange modifie l'expectoration purulente, la désodorise et la tarit. La formule recommandée par Marini est la suivante :

Tannin à l'alcool..... } ââ 1 gr.
Phosphate de chaux..... }

Diviser en quatre cachets, à prendre dans la journée après les repas.

En cas d'hémoptysie abondante, la dose de tannin sera portée à 1,50 grammes.

Au cours du traitement, le malade ne doit boire que de l'eau, car tous les autres liquides, les alcooliques surtout, sont contre-indiqués.

La même formule convient aux bronchites chroniques à suppuration intarissable.

E. Vogt.

Traitement de la bronchite chronique et de l'asthme bronchique par les rayons de Rœntgen, par Immelmann (*Berlin. klin. Woch.*, 15 avril 1907). — L'auteur a expérimenté la méthode de Schilling sur 10 malades ; il a, comme cet auteur, constaté en premier lieu une action marquée sur la dyspnée.

Les séances, de 10 minutes, sont divisées en 4 poses égales, les rayons sont dirigés sur la partie antérieure du thorax, puis sur la postérieure, puis sur les régions latérales, gauche et droite.

E. Vogt.

Traitement de l'accès d'asthme, par von den Velden (*Münch. med. Woch.*, 2 avril 1907). — Dans la plupart des cas d'accès d'asthme, qui ont leur cause non dans une faiblesse du ventricule gauche, plus rarement du droit, mais dans une affection des bronches, on ne peut se défendre du rôle que joue ici la contraction des muscles des bronches. C'est d'ailleurs une opinion dont nous ne pouvons contrôler l'exactitude en clinique : on constate seulement les altérations de la muqueuse et de sa sécrétion. Notre traitement médicamenteux de l'accès d'asthme s'adresse en général moins à la muqueuse respiratoire qu'à l'élément spasmodique des bronches, auquel on oppose tous les narcotiques et les préparations hypnotiques du groupe des antipyrétiques. La lobéline et l'atropine sont leurs principaux représentants. Comme les sels doubles de théobromine, comme le salicylate sodique de théobromine, jouissent d'une propriété vaso-dilatatrice à l'égard des vaisseaux souvent contracturés dans l'artério-sclérose, l'idée est venue à l'auteur d'employer aussi cette préparation dans la plupart des cas d'asthme bronchique. Les premiers résultats, qui ne portent encore que sur cinq cas, sont encourageants. Le médicament a été employé dans l'asthme dit nerveux et dans la forme catarrhale. Au début de l'accès on donne 1 gramme dissous dans l'eau : si, au bout de dix à quinze minutes, il n'y a pas eu de soulagement, on donne un deuxième gramme, rarement un troisième. Mais presque toujours il se produit un grand soulagement : parfois la disparition de l'accès. Il n'y a pas d'accoutumance et on peut donner le médicament tous les jours durant quelque temps. Parfois, cependant, les troubles stomacaux obligent à donner la préparation par la bouche. Des lésions rénales et circulatoires peuvent contre-indiquer ce traitement.

L. Jumon.

Traitement de la tachycardie, par John Hay (*Allgem. Wien. med. Zeit.*, 26 mars 1907). — Dans beaucoup de cas l'évolution vers la guérison n'est pas influencée par le traitement. Souvent les paroxysmes diminuent de nombre et de gravité avec l'âge, tandis que chez d'autres ils manifestent une tendance à une plus grande fréquence. Cependant un traitement bien dirigé peut être très utile au malade.

Pour prévenir le retour des accès, on assurera autant que possible la régularité normale du mécanisme cardiaque. A cet effet, le traitement général doit être tonique, le malade doit éviter tout surmenage physique et intellectuel, sa vie doit être régulière. On surveillera les troubles intestinaux, utérins, rénaux, qui peuvent produire une excitation réflexe ; la digestion doit être l'objet de soins particuliers. Le malade doit éviter le thé, le café, le tabac et l'alcool. Pendant l'accès il suivra un régime léger et restera au lit.

Les bromures sont utiles chez les sujets nerveux et excitables. Certaines méthodes paraissent parfois abréger l'accès. Le malade par exemple applique fortement les bras et les coudes directement contre la poitrine et comprime en même temps son abdomen, tandis qu'il retient sa respiration après une profonde inspiration. Hay a obtenu de meilleurs résultats avec les respirations

forcées profondes, qui relèvent de l'action aspiratrice de la respiration et tendent à rétablir le cœur dans son état normal.

Parmi les médicaments, c'est à la digitale qu'on a le plus souvent recours. Heningham croit qu'il faut l'employer à hautes doses, mais elle ne réussit pas toujours à arrêter les accès.

Lorsqu'il existe une stase dans la veine porte ou dans le système veineux, on doit la combattre par le calomel et des purgatifs salins. Les applications de glace, de sinapismes ou de morphine sur la région cardiaque ne doivent être faites qu'en cas de douleur vive ou d'angoisse précordiale. Il est très important de déterminer la pression sanguine pendant les accès. Pendant les accès la pression veineuse augmente et la pression artérielle s'abaisse. Cependant il peut arriver que la pression artérielle soit élevée, dans ce cas il est indiqué de recourir aux hippurates, benzoates et nitrites. Le chlorure de calcium est administré si la contractilité est irrégulière. Le traitement est au total un peu empirique et on doit s'efforcer de trouver un médicament ou une association de médicaments capable d'abaisser l'excitabilité du faisceau auriculo-ventriculaire.

L. Jumon.

Différences existant entre les effets de quelques médicaments cardiaques, par Friedlander (*Therap. Monatshefte*, avril 1907). — La *digitale* ne donne pas de forces nouvelles à un cœur affaibli, mais elle facilite l'utilisation de celles qui existent: elle augmente la diurèse et la leucocytose, et abaisse les températures trop élevées. Mais l'infusion possède des inconvénients (goût désagréable, effet nauséeux, impossibilité de l'emploi en injections sous-cutanées, etc.) qui ont depuis longtemps fait désirer l'emploi d'un succédané plus maniable.

La *digitaline* (appelée digitoxine par les Allemands) présente pour l'auteur une toxicité et un prix trop élevés, et ne se prête pas non plus à l'injection hypodermique.

La *digalène* offre de grands avantages : elle est stable, facile à manier, son dosage et son emploi en injections sous-cutanées sont faciles. Comme ses congénères, elle provoque une contraction de tous les vaisseaux, ce qui peut créer des difficultés à son emploi dans les cas d'artériosclérose.

Le *strophantus* ne provoque de contraction vasculaire que dans le domaine du pneumogastrique : les vaisseaux coronariens et cérébraux subissent plutôt une dilatation sous son influence. Les inconvénients sont analogues à ceux indiqués pour la digitale: la variabilité dans l'action thérapeutique des diverses teintures est considérable. Cette action se manifeste rapidement, mais est de courte durée. Les dangers d'accumulation sont beaucoup plus faibles qu'avec la digitale et ses congénères.

Le *camphre* provoque une dilatation des vaisseaux périphériques et agit sur le myocarde. Les effets sont, sous beaucoup de points de vue, analogues à ceux de la caféine.

L'*alcool* est un tonique cardiaque qui a l'avantage d'être bien accepté par les malades: c'est, en outre, un vaso-dilatateur qui décharge le cœur.

Il résulte de ces données que le groupe de la digitale convient aux affections valvulaires: on a tort, en général, de s'adresser à ces médicaments trop tardivement et de les administrer, par contre, avec une prudence insuffisante dès qu'il existe de l'artérosclérose.

La digalène en injection intra-veineuse se prête, grâce à la rapidité de son action, à la lutte contre les états syncopaux au cours d'infections infectieuses fébriles.

Le strophantus sera préféré dans les cas où il y a lieu de craindre une vaso-constriction des coronaires ou des artères cérébrales. Son action sur le centre respiratoire est, en outre, fort utile dans les cas de dyspnée, d'insomnie, d'angoisse, etc. L'effet est rapide et le médicament est surtout indiqué pour les cures de longue durée; les malades finissent par reconnaître fort bien le moment où la teinture leur rendra des services.

Le camphre, qu'on emploie surtout comme excitant, a en outre l'avantage de s'éliminer par les voies respiratoires et de modifier les affections pulmonaires ou bronchiques concomitantes.

La caféine et ses sels doubles serviront surtout à accélérer les contractions ralenties du myocarde, à abaisser la pression sanguine trop élevée (rétrécissement aortique, sclérose des coronaires) et à favoriser la diurèse.

L'alcool, aujourd'hui trop abandonné, constitue pour les vieillards un excellent tonique cardiaque ; il provoque un relèvement de l'appétit et un sentiment d'euphorie.

L'auteur termine en résumant les effets thérapeutiques des divers médicaments cardiaques de la façon suivante :

Digitale et congénères : Affections valvulaires, faiblesse cardiaque chez les sujets jeunes.

Digitale et caféine : Affections valvulaires chez les sujets âgés, œdèmes considérables.

Strophantus : Affections valvulaires de sujets âgés, affections valvulaires compliquées de dyspnée, d'asthme, d'excitation, de dégénérescence du myocarde, cœur gras, sclérose coronarienne.

Camphre : Dégénérescence du myocarde; asthénie cardiaque des tuberculeux, anémie, affections valvulaires au début, collapsus.

Caféine : Rétrécissement aortique, sclérose coronarienne, œdèmes, asthénie cardiaque des tuberculeux, collapsus.

Alcool : Contraction artérielle spasmodique, collapsus léger.

E. VOGT.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

La méthode nouvelle de traitement de certaines formes de paralysies, par ALFRED H. TUBBY (*The Polyclinic*, avril 1907). — Dans la paralysie infantile qui est la paralysie la plus accessible au traitement chirurgical, il y a souvent des obstacles à la guérison résultant de l'absence d'un traitement efficace dans beaucoup de cas. L'enfant ne doit pas être couché sur le dos, mais sur le côté, pour empêcher la congestion spinale. Des injections d'ergotine peuvent combattre cette congestion contre laquelle on peut encore opposer la vessie de glace sur la colonne vertébrale.

Quant aux cas tardifs de paralysie infantile, ce traitement a été inutile jusque dans ces dernières années. Deux éléments doivent être considérés ici : l'effet direct de la paralysie même, les effets de la pesanteur et des contractures. S'il existe, par exemple, une contracture des fléchisseurs du poignet, l'électrisation et le massage des extenseurs ne seront guère utiles. Il faut commencer par combattre les effets de la pesanteur en allongeant les fléchisseurs. Le muscle paralysé doit être mis dans le relâchement parce qu'il ne guérit pas tant qu'il est allongé. Il faudra donc diminuer l'angle vicieux de flexion en appliquant une attelle métallique, après quoi les effets du traitement se manifesteront. Pour électriser les muscles paralysés il faut donc toujours les placer dans le relâchement.

Parmi les mesures chirurgicales, l'auteur signale l'importance de la transplantation des tendons et des muscles, de l'arthrodèse et de la transplantation des nerfs. Avant de pratiquer ces opérations, il faut supprimer d'abord les contractures secondaires et savoir exactement quels sont les muscles sains et les muscles paralysés. On se rappellera que pour la main les tendons qui vont aux doigts sont plus utiles que ceux qui vont au poignet, tandis qu'au pied les plus utiles sont ceux qui agissent sur le tarse. L'auteur recommande la soie comme matière de suture et pour faire des tendons artificiels. La tension doit être modérée, ni trop faible, ni trop forte. Après l'opération, le membre doit être placé de façon à n'exercer aucun effort sur le tendon ou le muscle nouveau. On commence à faire exécuter des mouvements au bout de six semaines. Les massages et l'électrisation doivent être continués tous les jours pendant plusieurs mois, et on doit mettre une certaine persévérance dans la rééducation des muscles.

L. JUMON.

Névralgie faciale et radiothérapie, par HARET (*La Presse médicale*, 13 mars 1907). — On sait que la névralgie épileptiforme de Trousseau constitue une affection extrêmement tenace : l'auteur a réussi, chez un malade dont la névralgie avait résisté à plusieurs interventions chirurgicales (la dernière fut une ablation du ganglion cervical supérieur du grand sympathique), à obtenir une guérison qui date de deux ans, avec quatre séances de radiothérapie.

D'autres malades furent par la suite soumis au même traitement, consistant à irradier le point le plus douloureux. Actuellement, l'auteur est à même de poser les règles générales suivantes : pendant les quinze premiers jours (une séance par semaine), pas d'amélioration : après la troisième séance, le plus souvent, exacerbation telle, que le patient déclare n'avoir jamais autant souffert : il arrive quelquefois que le sujet se refuse à continuer la médication.

Si le traitement est continué, on observe rapidement, après une ou deux séances, une notable diminution des douleurs qui disparaissent ensuite complètement (un seul échec absolu).

Il est probable que la crise d'exacerbation est due à l'œdème du tissu qui entoure les filets nerveux, car la radiothérapie provoque, chez les malades atteints d'adénopathie cervicale, une augmentation sensible de la circonférence du cou, au début du traitement, après chaque séance.

L'auteur conseille d'essayer, dans la névralgie épileptiforme, la radiothérapie si les médicaments internes ont échoué et avant de recourir à l'intervention chirurgicale. Les cas les plus favorables sont ceux où les douleurs irradient autour d'un ou de plusieurs points nettement localisés.

L'exacerbation temporaire des douleurs à la suite des premières irradiations ne doit pas faire abandonner le traitement, car elle est fréquemment le prélude de l'amélioration définitive.

E. Vogt.

Un cas de tic douloureux de la face guéri par l'ionisation salicylée, par Verny (*Ann. d'électrobiologie et de radiologie*, janvier 1907). — Observation d'un malade de soixante ans, auquel un chirurgien réséqua sans résultat les branches sus et sous-orbitaires, et soumis à des séances quotidiennes de galvanisation d'une heure de durée (maximum d'intensité 10 milliampères), avec électrodes imbibées d'eau tiède et pôle positif à la face. Après 10 séances, l'amélioration est insuffisante et le malade se décourage : à ce moment, l'auteur remplace l'eau tiède par une solution de salicylate de soude à 2 p. 100, bien que le salicylate de soude, donné auparavant à l'intérieur, n'eût procuré aucune amélioration.

Pour cette seconde série, ce fut le pôle négatif qui fut placé à la face.

En quelques jours, une amélioration manifeste se produisit, les crises diminuèrent de nombre et de durée et, après trois semaines de traitement, la guérison était obtenue. Le malade continua, à titre préventif, à s'électriser lui-même pendant les huit premiers jours de chaque mois pendant trois mois.

Depuis dix-huit mois la santé est restée parfaite.

E. Vogt.

Traitement de la méningite épidémique par la stase de Bier et la ponction lombaire, par Vorschutz (*Münch. med. Woch.*, 19 mars 1907). — Le traitement de la méningite épidémique a d'abord été surtout symptômatique. Il s'est surtout modifié dans ces derniers temps avec la ponction lombaire, à laquelle l'auteur ajoute la stase de Bier. On a encore pratiqué des injections de sérum de cheval, ayant un titre agglutinatif de 1/1500. Ces injections ont été faites dans le canal rachidien après avoir retiré une certaine quantité de liquide par la ponction lombaire. Jochmann a rapporté 17 cas concernant des enfants soumis à ce traitement. Il y eut 5 cas de mort, ce qui permet d'espérer de bons résultats de la sérothérapie.

Voici maintenant le traitement mis en œuvre à l'hôpital par l'auteur. On ne baigne aucun malade, pour éviter les douleurs. Dès que le diagnostic de la méningite est assuré, on pratique aussitôt la ponction lombaire et on applique ensuite la bande. On ne ponctionne jamais pendant que la bande est appliquée. On laisse écouler le liquide jusqu'à ce qu'il s'échappe goutte à goutte sans pression. Cependant, s'il survient de la céphalée, on arrête la ponction. Chez les enfants il faut se garder de ponctionner trop profondément. En général on a laissé s'écouler de 30 à 40 cc. de liquide, une fois 55 cc. Jamais on n'a observé de phénomènes de collapsus. Peu après la ponction les malades sortaient de leur apathie et s'intéressaient à leur entourage et leur état général était bien meilleur. La température s'abaissait ensuite souvent de 2 degrés et se maintenait à un niveau peu élevé durant 2 ou 3 jours, à ce moment on faisait une nouvelle ponction lorsque la température était remontée.

L'application de la bande était faite durant vingt heures avec une constriction modérée, suffisante pour déterminer un peu de cyanose et de bouffissure de la face ; mais on évitait soigneusement l'œdème de la face et la saillie des globes oculaires. Ce procédé a pour effet de calmer les douleurs de tête et de permettre aux malades de dormir. Les observations de l'auteur sont seulement au nombre de cinq, dont une mort concernant un enfant qui succomba à l'hydrocéphalie aiguë. Enfin, l'auteur insiste sur les mesures prophylactiques des médecins et du personnel hospitalier et conseille à ces derniers le port d'une couche protec-

trice d'ouate sur le nez et la bouche et des lotions de la bouche avec une solution iodo-iodurée (iode pur 0,2 — 0,4, iodure de potassium 0,3 — 0,6, eau distillée 1000.)

L. JUMON.

Maladies vénériennes. — Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE,
Médecin des hôpitaux.

Traitement du lupus érythémateux, par BROCQ (*Journal des praticiens*, 9 mars 1907). — S'il s'agit de la forme *superficielle*, on commencera par traiter l'état général, et envoyer si possible le malade dans les pays chauds, l'affection étant inconnue sous les tropiques. On tâchera en outre d'éviter les poussées congestives du côté de la face, en défendant les aliments de digestion difficile, les viandes faisandées, etc., ainsi que l'alcool. Aux repas, des infusions chaudes seulement. On combattra la constipation par des laxatifs doux.

On recommandera en outre un exercice modéré, et, comme médication interne, l'arsenic :

Arséniate de soude.....	10	grammes.
Eau distillée de laurier-cerise.	25	—
Eau distillée.....	225	—

On commencera par 2 cuillerées à café par jour, pour arriver progressivement à 7 ou 8, puis on s'arrêtera.

L'acide phénique, sous forme d'un sirop à la dose de 1 gramme par cuillerée à café, influence aussi ce genre de lupus.

Le chlorhydrosulfate de quinine, à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme en deux fois, dans la journée, agira plus spécialement sur les formes congestives.

Comme *traitement local*, on recourra à l'électrolyse après scarification préalable des surfaces malades : les plaques électrolytiques seront imbibées de solutions de quinine, de sulfate de cuivre ou de sulfate de zinc. Les effluves de haute fréquence agissent lentement, mais offrent l'avantage de guérir le malade sans le défigurer. La répétition des séances se fait suivant la durée de la poussée congestive que les effluves déterminent.

Au moment de ces poussées, on fera des applications émollientes sous forme de cataplasmes de pâte de zinc, de pulvérisations d'eau tiède, etc. Quand l'inflammation est calmée, on peut employer plusieurs procédés.

1° On délaye du savon mou de potasse dans un peu d'esprit de vin, et on place sur les points malades des morceaux de flanelle portant une couche de pâte de savon : au bout d'un certain temps, variable suivant la susceptibilité individuelle, on lave à l'eau chaude et on calme au moyen de la pâte de zinc. On fait tous les jours une application, jusqu'à ce que la peau malade soit très enflammée.

2° On peut, pour faire l'emplâtre, employer les acides salycilique (1/20) ou pyrogallique (1/10), ou appliquer du collodion contenant les mêmes doses de ces deux acides : dans ce dernier cas, on aseptisera parfaitement, au préalable, les plaques, pour éviter les phénomènes d'infection. On renouvelle le collodion toutes les quarante-huit heures.

3° Après un savonnage on badigeonnera avec :

Acide phénique neigeux..		10	grammes.
Alcool.....	âà	5	—
Glycérine.....			

S il ne se produit pas de réaction inflammatoire, on se servira d'un mélange à parties égales d'acide phénique neigeux, de teinture d'iode et d'hydrate de chloral.

S'il persiste quelques points plus longs à guérir, on fera quelques scarifications très superficielles et très serrées.

S'il s'agit d'un *lupus érythémateux fixe*, on recourra, en dehors du traitement interne, semblable à celui déjà décrit, à la photothérapie, ou à la cautérisation ignée des bords tous les quinze à vingt jours : dans l'intervalle, on applique l'emplâtre rouge de Vidal.

Les scarifications, moins efficaces, seront très courtes et profondes.

Si l'on préfère les caustiques, on choisira les pâtes arsenicales.

En tout cas, quelle que soit la variété du lupus à traiter, il faut changer la médication dès que l'évolution vers la guérison tend à s'arrêter.

E. VOGT.

Traitement de l'épithélioma par les ions zinc, par LEWIS JONES (*Arch. d'électr. médicale*, 25 mars 1907). — Pour l'auteur, le transport des ions zinc dans les tissus affec-

tés semble exercer une influence profonde dans l'épithélioma : dans beaucoup de cas, on obtient la guérison dans les quinze jours qui suivent *une seule application*.

L'auteur dispose aujourd'hui de 19 observations avec 14 guérisons complètes : le mode d'application est celui préconisé par Stéphane Leduc, et l'auteur se sert d'une solution de sulfate de zinc à 2 p. 100 imbibant du coton hydrophile, sur lequel est placée une anode formée d'une tige de zinc. L'ion zinc, introduit par les forces électriques, ne pénètre pas seulement dans les espaces lymphatiques, comme le ferait un topique quelconque, il envahit aussi le protoplasma des cellules.

Le maximum d'intensité est de 10 milliampères. L'application provoque une brûlure que l'on peut éviter en imbibant l'ulcère d'une solution de cocaïne avant la séance.

La surface à traiter étant souvent fort irrégulière, les ions zinc sont inégalement répartis. Quand la surface est unie, sans ulcération, et quand les tissus malades ont une épaisseur de plus de 2 à 3 millimètres, on ponctionnera la peau à l'aide d'aiguilles de zinc qu'on introduit dans les tissus malades.

Sur ces 19 cas, 6 ont guéri complètement après une seule séance : 3 ont exigé deux applications, 5 trois applications. Un cas fut perdu de vue après une seule application et ne compte pas dans la statistique. Les autres 5 cas comprennent les échecs et les cas encore en traitement.

On peut attendre un mois pour une seconde application, car l'amélioration continue souvent pendant tout ce temps.

L'auteur cite, en outre, un cas d'eczéma pustuleux, en deux foyers siègeant au visage, dont l'un, traité par lesions zinc, disparut après une semaine : l'autre n'avait pas changé. Ce dernier, traité à son tour, disparut comme l'autre en une semaine.

Les ions magnésium sont spécifiques en cas de verrues.

Pour le lupus, l'auteur n'a trouvé jusqu'ici aucun médicament efficace, après deux ans de recherches. Cet insuccès tient sans doute au fait que les tubercules bacillaires contiennent 40 à 50 p. 100 de graisse, ce qui les rend non conducteurs de l'électricité.

E. Vogt.

Guérison d'un cancer par la lumière solaire, par C. Widmer (*Münch. med. Woch.*, 26 mars 1907). — Une femme de quatre-vingt-un ans portait depuis quelques mois une production verruqueuse sur le dos de la main. La tumeur était fortement pigmentée et commença à grossir après un traumatisme. L'examen histologique d'une parcelle montra qu'il s'agissait d'un cancer de la peau. La marche de la tumeur rendait le diagnostic certain. Bientôt tout le dos de la main était pris et les ganglions du coude et de l'aisselle étaient engorgés. L'opération fut refusée, de même que la cautérisation. On eut alors recours à la photothérapie et la tumeur fut exposée durant plusieurs heures par jour à la lumière du soleil. Dans les dix premiers jours, il n'y eut aucune modification, puis au bout de quelque temps la tumeur devint plus propre, la sécrétion et la tuméfaction moindres. Au bout de trois semaines, toute la surface de la tumeur s'était affaissée et il subsistait des granulations de bonne nature. Puis la réparation se poursuivit de jour en jour, de sorte qu'au bout de deux ou trois mois la cicatrisation était achevée et il n'y eut pas de récidive dans la suite. L'auteur entre ensuite dans quelques détails sur les dispositifs propres à réfléchir la lumière pour atteindre tous les points des productions soumises à l'action des rayons.

L. Jumon.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL,
Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité.

Traitement de la blennorrhagie chez la femme, par le Dr Luis Gomez, (*Thèse de doctorat*, Madrid, 1906). — L'examen microscopique des sécrétions des organes génito-urinaires pour la recherche des gonocoques sera la base du traitement de toutes les formes et localisations de la blennorragie chez la femme.

Le principe de toute thérapeutique anti-blennorrhagique doit être la destruction des gonocoques; on conservera la vitalité des tissus malades et on empêchera la propagation aux organes sains.

A défaut d'un sérum antigonococcique et d'un médicament interne anti-blennorrha-

gique, le traitement local par la méthode antiseptique s'impose, car l'affection est locale dans la plupart des cas : elle peut se généraliser plus tard.

Parmi les moyens thérapeutiques, antiseptiques, doués de propriétés germicides pour les gonocoques, figurent en première ligne les préparations d'argent et l'ichtyol, et parmi les premières le protargol est le médicament d'élection, car son action antigonococcique possède une grande aptitude de pénétration sans action irritante sur les tissus.

L'application du médicament choisi se fera le plus tôt possible à doses croissantes suivant la tolérance et l'ancienneté de l'affection : on prolongera le contact avec les muqueuses le plus possible et on ne cessera son application qu'au bout d'un certain temps après la disparition des gonocoques.

Le traitement général, qu'on pourrait mieux appeler hygiénique, a pour but d'éviter les influences nocives qui pourraient influencer les défenses naturelles de l'organisme (repos physique et sexuel, régime sévère et propreté minutieuse).

Le traitement de l'urétrite comprend le repos, l'abstention d'alcool, l'ingestion de capsules de salol et le protargol en injections urétrales dans les cas aigus, les instillations dans l'urètre dans les cas chroniques et les grands lavages urétro-vésicaux dans les cas rebelles et compliqués de cystite.

La vulvite sera traitée par les bains, la propreté, les irrigations de sublimé, les badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent ou de protargol, l'application de poudre d'iodoforme ou de xéroforme et, en cas de besoin, on cautérisera les glandes de Skene et les conduits excréteurs des glandes de Bartholin avec le crayon de nitrate d'argent ou le thermocautère.

La bartholinite aiguë sera traitée par l'incision large de l'abcès et le tamponnement de la cavité de l'abcès avec la gaze iodoformée. L'extirpation de la glande dans les cas chroniques est le traitement de choix.

Pour le traitement de la vaginite blennorrhagique on emploiera la solution de protargol en injections, le sublimé ou le permanganate, suivis de l'application de tampons vaginaux glycérinés au protargol ou à l'ichtyol.

L'endométrite du col sera traitée par les irrigations vaginales et intra-cervicales suivies de badigeonnages avec une solution concentrée de protargol, et de l'application d'un tampon vaginal d'ichtyol.

La métrite aiguë réclame le repos absolu, la vessie de glace sur l'hypogastre, l'opium ou la morphine, une diète légère, des lavages très chauds de sublimé, des lavages intra-utérins, le col étant dilaté avec une solution de protargol, le permanganate ou le chlorure de zinc, etc.

Dans la métrite chronique on fera les cautérisations précédemment indiquées en employant des solutions plus concentrées et en insistant sur les lavages vaginaux très chauds, les tampons d'ichtyol et les embrocations d'iode. Le curettage utérin ne sera indiqué qu'après que des examens répétés auront démontré la disparition des gonocoques. Le traitement hydrominéral par les eaux chlorurées sodiques et sulfureuses sera d'un grand secours dans les formes rebelles.

Le traitement de la salpingite aiguë sera constitué par le repos absolu au lit, l'antisepsie génitale, la diète liquide, l'opium, les purgatifs salins et on traitera l'endométrite concomitante quand les symptômes d'acuité auront disparu.

La salpingite chronique réclame un traitement semblable. Le massage doit être rejeté comme dangereux. Dans les cas anciens on peut recommander le traitement hydro-minéral chloruré sodique combiné à une cure ferrugineuse.

Le traitement chirurgical peut rendre de grands services dans le pyo-salpinx : les méthodes d'élection sont la ponction vaginale de la tumeur et son extirpation par laparotomie abdominale.

Le traitement de la pelvi-péritonite aiguë sera le même que celui des inflammations de l'utérus et des annexes. S'il se forme une collection purulente on l'ouvrira par voie vaginale.

Dans les cas chroniques, on cherchera à obtenir la réabsorption des produits inflammatoires par les bains prolongés, les injections chaudes, les tampons ichtyolés, etc. En cas d'adhérences ne disparaissant pas par le massage et les cures d'eau, la laparotomie peut être indiquée.

En cas de blennorragie acquise pendant la grossesse on doit s'abstenir de pansements intra-cervicaux, pendant l'accouchement on redoublera de précautions par les lavages.

Si des complications puerpérales sur-

viennent chez une blennorragique, on les traitera comme une infection mixte streptogonococcique par les moyens connus.

P. Berini.

Rétention d'urine consécutive à une compression de l'urètre par accumulation de mucus dans le vagin, par Rudaux (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, décembre 1906). — Il s'agit d'un enfant nouveau-né du sexe féminin qui n'avait pas encore uriné le lendemain de sa naissance : cette enfant présentait des crises spasmodiques avec agitation, efforts, gêne respiratoire. La région hypogastrique était tendue et mate. A l'examen de la vulve on voyait que l'hymen faisait saillie au dehors, et en pressant avec deux doigts placés, l'un à la partie supérieure de la vulve et l'autre sur le périnée, on voyait sourdre du mucus épais, presque pulpeux, par l'orifice hyménéal qui n'était pas plus large qu'une tête d'épingle. On écouvillonna le vagin avec une anse de crin de Florence passée par l'orifice et on le vida par pressions sur le périnée après avoir dilacéré avec le crin toute la masse du mucus. Un autre crin introduit dans l'urètre fit expulser encore un bouchon muqueux, et aussitôt l'urine fut évacuée à grande pression. Depuis, l'enfant a uriné normalement.

M. Deschamps.

Opération transpéritonéale dans le traitement des fistules vésico-vaginales hautes, par Forgues (*Montpellier médical*, 2 déc. 1906). — En suivant la méthode de Trendelenburg, les fistules vésico-vaginales hautes, ou vésico-utérines, sont abordées à travers la vessie, ouverte par la taille sus-pubienne longitudinale ou transversale. Mais, la vessie étant souvent très rétractée, on n'a pas autant de jour qu'on l'espère et la suture en plusieurs plans n'est pas toujours praticable. Nous signalerons donc un procédé employé sur deux cas par MM. Dittel et Forgue. Après avoir *désinfecté* la vessie, ce qui est essentiel, avant l'opération, on place la malade en position renversée et on va aborder la fistule par la grande cavité péritonéale extérieurement à la vessie. Seule la laparotomie ainsi pratiquée permet d'explorer entièrement le cul-de-sac antérieur, de décoller l'utérus et le vagin jusqu'à ce qu'on arrive sur l'orifice fistuleux, puis, dédoublant cet orifice, de suturer des deux côtés, en enfouissant le moignon sous un deuxième rang de sutures. Par-dessus on reconstitue le cul-de-sac péritonéal antérieur.

A. Benoit.

Choix d'un traitement radical du cancer de l'utérus, par le Dr Félix Parache (*Revista de Especialidades*, décembre 1906). — Le cancer est une affection localisée au commencement, mais avec tendance à la diffusion et à la généralisation. C'est une maladie sur laquelle le traitement médical n'a aucune influence.

L'intervention chirurgicale est capable de le guérir, à condition qu'on puisse extirper tous les tissus malades et enlever tous les foyers épithéliaux.

La diffusion peut se faire par voie vasculaire, sanguine et lymphatique, et par contiguité aux paramétriums et organes voisins. De ces mécanismes le premier échappe à toutes les ressources de l'art, le second rend difficiles et graves les interventions, et le troisième, heureusement le plus fréquent, permet, s'il n'est pas très accentué, une excision complète.

Les limites précises du cancer de l'utérus ne peuvent être fixées cliniquement: il faut donc agir comme si la diffusion s'était faite.

La laparotomie permet seule l'amplitude nécessaire pour se rendre compte de l'état du processus et donner aux interventions l'extension convenable pour être efficaces.

Jamais nous ne devons nous contenter de l'extirpation des organes génitaux internes; pour avoir des espérances de réussite, il faut séparer systématiquement le tissu cellulaire pelvien, ce qui est possible et relativement facile.

Les ganglions lymphatiques doivent être recherchés avec soin et extirpés comme complément de l'intervention, mais cette pratique ne doit pas constituer la notion directrice de la méthode opératoire choisie.

L'auteur croit que le procédé le plus conforme à cette manière de voir est celui de Wertheim.

F. Berini.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT,

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

La sclérolyse ionique, par DESFOSSES et MARTINET (*La Presse médicale*, 20 mars 1907). — On sait actuellement que la thérapeutique électro-ionique est capable d'exercer une action résolutive sur les raideurs, ankyloses et scléroses périarticulaires.

La cathode exerce sous ce rapport une action puissante : comme solution électrolytique, on choisira de préférence celle de chlorure de sodium à 1 p. 100 ou celle de salicylate de soude à 2 p. 100, si l'on recherche en même temps une action analgésique. La grandeur des électrodes est en moyenne de 100 centimètres carrés, et l'intensité en général supportée varie entre 40 et 80 milliampères.

La plupart les cas publiés jusqu'ici concernent des ankyloses post-infectieuses, qui guérirent toutes en 3 à 8 séances d'une demi-heure, avec cathode placée sur la région ankylosée; les auteurs ont eu surtout affaire à des ankyloses traumatiques et à des cicatrices de brûlures. Les ankyloses d'origine rhumatismale semblent beaucoup plus rebelles, surtout s'il existe encore, au moment du traitement, un état rhumatismal.

Il est probable que cette action s'explique par l'introduction sous la cathode de radicaux acides, allant acidifier les phosphates et carbonates alcalino-terreux insolubles quand ils sont neutres, et facteurs importants de sclérose.

E. VOGT.

Une préparation salicylique nouvelle, par BODENSTEIN (*Berlin. klin. Woch.*, 8 avril 1907). — Il s'agit de l'éther méthylique de l'acide benzoïl-salicylique, qui a reçu le nom de *benzosaline* : le médicament n'est décomposé que dans le tube intestinal et traverse l'estomac sans l'irriter. C'est une poudre blanche, insoluble dans l'eau froide, difficilement dans l'eau chaude, facilement soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme. La réaction par le perchlorure de fer démontre que la benzosaline apparaît plus tard que l'aspirine dans les urines : l'action du suc gastrique est donc encore moins marquée que pour le succédané susdit.

Le produit nouveau a été essayé par l'auteur dans une série de cas de rhumatismes de tout genre, à la dose de 1 gr. 5 à 4 grammes par jour : on n'enregistre aucune action accessoire désagréable, et la transpiration parfois provoquée est à peine appréciable.

E. VOGT.

Le phytinate de quinine comme reconstituant général, par M. POSTERNAK (*Journal de médecine de Paris*, n° 11, 17 mars 1907, p. 98).— On prépare le *phytinate de quinine* ou anhydro-oxyméthylène-diphosphate acide de quinine en saturant, par la quinine, l'acide anhydro-oxyméthylène-diphosphorique. Le produit de la réaction est filtré et desséché dans le vide. C'est un sel jaunâtre, d'aspect cristallin, très soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool, l'éther, la benzine, le chloroforme. Les solutions aqueuses sont fluorescentes.

Le phytinate de quinine est prescrit avec avantage au lieu de la quinine : outre les propriétés de la quinine, il possède en effet celles de l'acide phytinique qui est un reconstituant général et un modificateur de la nutrition. Le médicament est donc indiqué dans le paludisme, et en particulier dans la cachexie paludéenne, dans la fièvre puerpérale, la fièvre typhoïde, les névralgies, le vertige de Menière. Il donnerait également, d'après MM. Blumenthal, Lecorché, Semmola, de bons résultats dans le diabète sucré, car les sels de l'acide phytinique excitent les échanges nutritifs de l'organisme.

PIERRE SÉE.

La médication phosphatée, par M. G. MEILLÈRE (*Tribune médicale*, n° 50, 29 déc. 1906, p. 791). — Le phosphore fait partie intégrante des tissus de tous les êtres organisés. Il est donc nécessaire de le faire entrer dans l'alimentation sous une forme assimilable et en quantité suffisante, si l'on veut éviter une déchéance de l'organisme. Dans certaines affections il y a perte de phosphore, aussi les médecins ont-ils cherché à introduire ce corps dans la thérapeutique.

La première préparation employée fut le phosphate de chaux. On le comprit dans le régime diététique et médicamenteux des

enfants, des convalescents et des sujets atteints de maladies consomptives.

On attribua les assez bons résultats que l'on obtint à une fixation du phosphate minéral par les tissus; mais lorsque, dans la suite, on fit des analyses comparatives sur les ingesta et les excreta, on reconnut que l'organisme est inapte à assimiler les phosphates précipités. On chercha alors des formes plus solubles dans la pensée qu'elles seraient plus assimilables, et on employa les chlorhydro et les lactophosphates, les citrophosphates, puis les glycérophosphates, jusqu'au moment où les travaux récents sur le suc musculaire et le lait de femme, sur les nucléines et les lécithines dirigèrent d'un autre côté les efforts de la thérapeutique. En effet les expériences de Sanson, de Zadik, de Storch ont montré que le phosphate de chaux, ajouté à l'alimentation, est éliminé, sans modification, avec les excreta, et que l'acide phosphorique assimilable devait être demandé à une alimentation naturellement riche en phosphore (lait, jeunes graminées, semences céréales, légumineuses et oléagineuses). Il en résulte que l'organisme doit trouver dans les aliments le phosphore qui lui est nécessaire. Les aliments les plus riches en phosphore sont le lait, l'œuf, la chair musculaire crue, les végétaux, et en particulier les fruits comestibles crus. Ils suffisent à couvrir, à l'état physiologique, les pertes de phosphore imposées par le fait des échanges. A l'état pathologique, en présence d'un malade débilité, on peut employer la suralimentation (Debove), mais elle fatigue le tube digestif. Pour remédier à cet inconvénient, on choisira la partie des aliments la plus riche en phosphore : de l'œuf, on ne prendra que le jaune, ou mieux encore la lécithine. De même, on n'utilisera, de la viande crue, que le suc ou plasma musculaire (Zomothérapie) (Richet et Héricourt). On emploiera également les chairs de certains mollusques (moules, huîtres), qui renferment une grande quantité de phosphore organique. Parmi les végétaux on choisira, pour la même raison, les graines de céréales et les amandes.

M. G. Meillère termine en disant que le problème de la médication phosphatique directe n'étant pas encore résolu d'une manière satisfaisante, on est obligé d'avoir recours à une médication indirecte qui est réalisée par une suralimentation rationnelle.

PIERRE SÉE.

Mode de préparation d'un bouillon végétal, par M. COMBY (*Journal de médecine de Paris*, n° 13, 31 mars 1907, p. 118). — Faire bouillir trois heures, dans 3 litres d'eau, 30 grammes ou une cuillerée à soupe de :

Blé.
Orge-perlé.
Maïs concassé.
Haricots.. }
Lentillles. } bruts ou décortiqués.
Pois..... }

Ajouter à la fin 5 grammes de sel, passer. Il doit rester un litre.

PIERRE SÉE.

Effets cicatrisants de la pommade au protargol, par MULLER (*Berlin. klin. Woch.*, 18 mars 1907). — L'auteur publie une série d'observations avec photographies, tendant à démontrer que le protargol excite la régénération épithéliale à un haut degré. Il est arrivé, au moyen de la pommade au protargol, à obtenir l'épidermisation de vastes surfaces ulcérées. Sous ce rapport, ce sel d'argent se distingue du nitrate qui agit davantage sur la prolifération du tissu conjonctif.

C'est surtout dans les cas de brûlures au deuxième degré que le protargol est efficace : l'action sur l'ulcère variqueux est peu marquée.

L'auteur recommande, pour la confection de la pommade, la formule suivante :

Protargol..... 3 grammes.
Faire dissoudre dans :
Eau distillée..... 5 grammes,
Ajouter :
Lanoline anhydre... 12 grammes.
Mêler et ajouter :
Vaseline jaune..... 10 grammes.
Us. ext.

Cette pommade brunit légèrement avec le temps, sans perdre de son efficacité.

E. VOGT.

La cure de raisin et le jus de raisin frais stérilisé, par LUCIEN MAYER (*La Province médicale*, 9 mars 1907). — Cette cure qui est remise en honneur aujourd'hui est un moyen thérapeutique extrêmement puissant. La stérilisation du jus au sortir du pressoir permet la conservation indéfinie, sans adjonction de produit étranger. Le jus

de raisin peut être utilisé, soit comme boisson hygiénique pour les enfants, les malades, auxquels toute boisson alcoolisée est interdite, soit comme aliment liquide très riche en matériaux nutritifs, soit encore comme agent thérapeutique.

L'effet de la cure de raisin frais est d'abord d'augmenter la diurèse en diminuant la valeur absolue et relative de l'acide urique, puis de stimuler les fonctions digestives, de diminuer les fermentations intestinales, d'activer les évacuations intestinales et de stimuler les fonctions hépatiques. Les personnes augmentent de poids à la suite de la cure, par suite de l'action d'épargne sur les matières azotées. L'état général est très heureusement modifié et les sujets soumis à la cure de raisin éprouvent un sentiment de bien-être et sont plus résistants à la fatigue, l'activité cérébrale est plus facile.

Les indications peuvent se grouper en deux catégories suivant qu'elles sont principales ou secondaires. Les premières visent particulièrement les maladies de l'appareil urinaire, de l'appareil digestif et du foie; les secondes se rencontrent dans les maladies infectieuses, la phtisie pulmonaire, les tuberculoses torpides, la goutte, les états neurasthéniques, etc.

Le jus de raisin frais, véritable lait végétal, est spécialement indiqué dans les néphrites aiguës et chroniques, où il permet de varier la diète lactée, souvent pénible.

Dans les néphrites, le jus de raisin peut être employé, soit à l'exclusion du lait, soit associé au lait, soit surajouté au régime lacto-végétarien. Dans la sclérose rénale il représente avec l'eau d'Evian la boisson de régime. La cure de raisin est encore utilisée dans la gravelle urinaire, les cystites, surtout les cystites chroniques, on peut conseiller le jus de raisin frais aux blennorragiques.

Dans la dyspepsie hypersthénique les repas doivent être copieux et les boissons réduites, le jus de raisin permettra d'éviter les boissons alcoolisées. Il n'offre pas par contre des avantages bien appréciables dans la dyspepsie hyposthénique.

Le jus de raisin est tout indiqué dans la constipation, dans l'entérite muco-membraneuse. Certaines diarrhées chroniques se trouvent heureusement influencées. Les hémorroïdes s'atténuent notablement par une action indirecte.

Dans les maladies du foie, le régime alimentaire répondra aux indications tirées de la digestion intestinale, et à ce titre le jus de raisin peut être utilement conseillé. Dans les cirrhoses il intervient lorsque la diète lactée est difficilement supportée. Il est un stimulant de la fonction hépatique et cette action peut être avantageusement utilisée dans la lithiase biliaire, comme adjuvant du traitement thermal pendant les mois qui suivent un traitement à Vichy.

Par contre le jus de raisin est contre-indiqué dans la glycosurie diabétique.

Les indications secondaires sont la goutte et les états uricémiques, les dermatoses, le catarrhe bronchique, les cardiopathies avancées, la chlorose, les infections, les états neurasthéniques, les états cachectiques.

L. Jumon.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Saint-Louis. — *Cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie* (du 29 avril au 4 juillet 1907), sous la direction du Pr Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Balzer, De Beurmann, Castex, Queyrat, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, Edmond Fournier, Milian, Terrien, Lacapère, Cathelin, Paris, Sabatié et Rostaine.

Le cours sera complet en quatre-vingt-dix-neuf leçons. Il aura lieu tous les jours, deux fois par jour, excepté les dimanches et fêtes, à deux heures et à trois heures et demie de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique. Il commencera le lundi, 29 avril 1907, et finira le jeudi, 4 juillet 1907.

Ce cours sera essentiellement pratique et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiennes ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation,

électrolyse, photothérapie, radiothérapie, etc.), sera faite devant les élèves, tous les jeudis à neuf heures et demie du matin.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être distribués aux auditeurs à la fin du cours. Droit à verser, 150 francs. S'adresser à la Faculté.

Amphithéâtre d'anatomie. — *Conférences et travaux pratiques de bactériologie et d'anatomie pathologique.* Sous la direction de M. le Dr Pierre Sebileau, directeur scientifique des travaux de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, les cours suivants seront fait au laboratoire pendant le semestre d'été : 1° 18 conférences de bactériologie, par M. le Dr Macaigne, chef du laboratoire, et M. Claude. Elles commenceront le mardi, 21 mai, et auront lieu les mardi, jeudi et samedi, à deux heures. Le nombre des inscriptions est limité à 10. — 2° 20 conférences d'anatomie pathologique pratique, par M. le Dr Paultrier, sous-chef du laboratoire. Elles commenceront le lundi, 15 avril, et auront lieu les lundi, mercredi et vendredi, à deux heures. Le nombre des inscriptions est limité à 20. — 3° 12 conférences d'hématologie clinique, par M. le Dr H. Dominici, assisté de M. Rubens-Duval. Elles commenceront le mardi, 16 avril, et auront lieu les mardi, jeudi et samedi, à deux heures. Le nombre des inscriptions est limité à 20. — 4° 12 conférences sur les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic, par M. le Dr P.-Emile Weil Elles commenceront le jeudi, 15 mai, et auront lieu les mardi, jeudi et samedi, à quatre heures. Toutes ces conférences sont gratuites pour les internes des hôpitaux. Le droit d'inscription pour les autres assistants est de 50 francs pour chaque cours. On se fait inscrire à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

BIBLIOGRAPHIE

L'Hyperémie et son action thérapeutique, par Auguste Bier, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Bonn. Ouvrage traduit sur la quatrième édition allemande par les docteurs Alfred Machard, ancien chef de clinique chirurgicale de l'hôpital cantonal de Genève, et Arnold Valette, ancien médecin adjoint au même hôpital. 1 volume grand in-8°, de xx-412 pages, avec 32 figures dans le texte. (Masson et Cie. éditeurs, Paris). Prix : 10 fr.

La méthode du professeur Bier a été accueillie avec faveur en Allemagne ; on l'y a étudiée avec intérêt et pratiquée avec succès ; l'ouvrage dans lequel il l'a exposée a atteint, en trois ans, sa quatrième édition. Les traducteurs ont pensé que le public médical de langue française ferait bon accueil à ce travail, car le nombre des publications françaises sur la méthode de Bier est fort restreint. Et pourtant la curiosité est éveillée et beaucoup de médecins ont essayé chez nous des procédés de Bier. L'emploi des ventouses est si aisé qu'ils en ont obtenu de très bons résultats avec le peu d'indications qu'ils avaient à leur disposition Quant à l'emploi de la bande élastique, il est connu dans quelques hôpitaux, mais il est fort peu répandu dans la pratique courante. On trouvera dans ce volume les explications les plus complètes et les détails les plus circonstanciés sur l'application de cette méthode, qui simplifie le traitement de maintes affections chirurgicales et le met souvent à la portée du moins opérateur des médecins.

D'autre part, le professeur Bier n'a pas négligé de s'occuper des maladies internes et a montré le parti que l'on peut tirer de la stase par la bande élastique dans le traitement des affections articulaires médicales et dans certaines affections du système nerveux central. Mais ce sont surtout les applications locales de l'air chaud, à une température très élevée, qui intéressent les médecins appelés à traiter les névralgies et toutes sortes d'affections douloureuses. — Enfin, par une grande abondance de documents intéressants du ressort de la pathologie générale, cet ouvrage plaira aux esprits scientifiques et servira à répandre une méthode qui paraît appelée à porter des fruits dans la pratique médico-chirurgicale.

Arthritisme par suralimentation, par J. Pascault (1 vol. 340 p., 4 fr., chez Maloine, éditeur, Paris, 1907).

Prophylaxie de la tuberculose, par le Dr Jousset (1 vol., 2 fr. 50, chez Baillière, éditeur, Paris, 1907).

La voix, sa culture physiologique, par Pierre Bonnier (1 vol. 300 p., 3 fr.50., Alcan, éditeur, Paris, 1907).

De la médication sulfurée, par Ferras (1 vol. 250 p., 3 fr., Doin, éditeur, 1907).

Les abcès du lobe sphéno-temporale du cerveau d'origine otique, par Wicart (1 vol., Paulin, Paris, 1907).

Évolution et transformisme, tome III, par Alb. et Alex. Mary (1 vol., 10 planches et un arbre généalogique, 3 fr. 50, chez Rousset, éditeur, Paris, 1907).

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Le Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

La tuberculose dans les habitations parisiennes en 1906. — M. le Dr Roux a présenté à l'Académie un rapport de M. Juillerat, chef de bureau à la Préfecture de la Seine, à M. de Selves, sur la répartition de la tuberculose dans les maisons de Paris.

Dans ce rapport, M. Juillerat rappelle d'abord qu'à la suite des recherches faites dans cet ordre par M. Paul Juillerat à l'aide des documents du Casier sanitaire que celui-ci a créé, le Préfet de la Seine a constitué, en 1905, une commission spéciale chargée d'étudier l'étiologie de la tuberculose dans ses rapports avec les maisons.

Depuis cette époque, la Commission à laquelle il appartient, que préside le Préfet de la Seine et qui compte dans son sein MM. Chantemesse, Henry, Thierry, etc., a continué ses travaux.

Dans le rapport qu'il examine longuement, l'éminent directeur de l'Institut Pasteur signale que le Casier sanitaire a enregistré 9.573 décès par tuberculose pulmonaire en 1906, contre 9.578 en 1905; les 5.263 maisons tuberculeuses révélées l'an dernier ont fourni à elles seules 29 % du nombre total des décès, contre 28 % en 1906 et 36,6 % des maisons déjà frappées (36 % en 1905); la proportion est donc restée la même.

Quant à la mortalité moyenne pour maisons suspectes, elle est restée ce qu'elle était en 1905, 6,50 pour 1.000 habitants.

On peut donc dire que la tuberculose continue à répartir ses ravages dans des conditions à peu près identiques à celles des onze années écoulées du 1er janvier 1894 au 31 décembre 1904, et qu'avaient confirmées les chiffres de 1905.

Aussi l'administration a-t-elle pris des mesures pour assainir ces maisons en leur appliquant les dispositions de la loi de 1902.

D'autre part, ainsi que le demandait M. Paul Strauss, sénateur, et que le Congrès de Liège et de la tuberculose de Paris, en 1905, votèrent sur les conclusions du Dr Fillassier, une entente a été établie avec de nombreux dispensaires dans le but de révéler la morbidité tuberculeuse de nos maisons.

M. le Dr Roux termine en disant qu'il est heureux de faire connaître à l'Académie les espérances que cette organisation rationnelle de la lutte permettent de former.

Congrès des praticiens. — Le 12 avril s'est ouvert, à l'Hôtel des Sociétés savantes, le Congrès des Praticiens. Près d'un millier de nos confrères assistaient à la première réunion qui a présenté le plus grand intérêt. La question à l'ordre du jour était la réforme de l'enseignement; les rapports faits par MM. Hirtz, Caussade, Reymond, Sorel et Huchard ont provoqué une longue discussion au cours de laquelle plusieurs orateurs, et notamment MM. les professeurs Blanchard et Pinard, ont pris la parole. Certainement, la Faculté n'avait jamais reçu pareil assaut; le concours de l'agrégation a été particulièrement attaqué.

Voici les vœux adoptés tant à la suite de la discussion sur la réforme des études, que sur le libre choix du médecin:

a) L'Agrégation des facultés de médecine sera supprimée; l'enseignement médical sera absolument libre.

L'État se réservera le seul droit des examens et de la collation des grades.

L'enseignement serait rétribué d'une part par l'État, la plus grande part ou la majorité par les élèves.

b) « Le Congrès des praticiens se déclare opposé à toute réduction de tarif concédée aux mutualistes. Il déclare que les médecins devront se faire rémunérer par les mutualistes suivant leur situation sociale et d'après le tarif syndical de la localité.

« Que le libre choix du médecin soit inscrit dans les cahiers des charges imposés aux grandes compagnies (transports en commun, eau, gaz, électricité, etc.) par l'État, les départements et les communes.

« Que ce libre choix soit consacré, dans le plus bref délai, par une loi et que des sanctions soient prévues contre ceux qui y voudraient mettre obstacle.

« Qu'à l'avenir le service médical des grandes compagnies ne soit qu'un service de contrôle administratif exercé en présence du médecin traitant.

« Il est contraire à l'ordre public et à la dignité humaine qu'en aucun cas une collectivité, de quelque ordre que ce soit, puisse imposer un médecin traitant à un malade. »

Le Congrès prend en considération le vœu suivant :

« L'Assemblée générale des médecins de France (Congrès des Praticiens) réunie à Paris les 12, 13 et 14 avril 1907.

« Considérant que, comme tous les travailleurs, le médecin a le droit de se reposer le dimanche et que, seul, un cas urgent de maladie ou de blessure lui crée le devoir social et et humanitaire d'interrompre ce repos légitime.

« Assimilant donc les visites faites le dimanche à des visites d'urgence.

« Décide, à partir du 1er janvier 1908 :

« Le prix de toute visite réclamée ou nécessitée le dimanche sera double de celui de la visite ordinaire.

Exception peut être faite pour toute visite effectuée sur le désir propre du médecin, à son heure, à un malade en cours de traitement.

« Toutes les fois qu'une expertise médicale sera ordonnée, soit par le Juge de paix, soit par le Tribunal civil ou par la Cour d'appel, l'expert ne pourra être le médecin qui a soigné le blessé, ni un médecin attaché à la société d'assurances à laquelle le chef d'entreprise est assuré, ou à une exploitation soumise à la présente loi, ni un médecin ayant ouvert une clinique d'accident du travail.

« Le Congrès proteste contre le racolage des blessés du travail par les cliniques des accidents du travail, au moyen de versements en espèces et regrette que de pareilles mœurs s'introduisent dans le corps médical.

» Le Congrès exprime le vœu que le monopole des accidents du travail n'appartienne pas plus aux organisations ouvrières qu'aux assurances, et que le libre choix du médecin soit réellement garanti aux accidentés.

« Une démarche sera faite auprès du ministre du travail afin que les statuts-types des mutualités obligatoires selon l'article 5 de la loi pour les patrons qui substituent des mutualités à leur responsabilité légale, soient modifiés de manière à les mettre d'accord avec l'article 4 de la loi en laissant le libre choix du médecin.

« L'hôpital de grande ville ne devra recevoir que des malades indigents : l'hôpital de petite ville ou de canton n'acceptera des blessés du travail qu'à titre de maison de santé, c'est-à-dire que le médecin traitant aura le droit de toucher des honoraires conformément aux tarifs des accidents du travail. »

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE

PAR LES

Drs E. BOUCHUT & A. DESPRÉS

Septième édition mise au courant des derniers Progrès de la Science

Par les Drs **G. Marion** et **F. Bouchut.**

Magnifique vol. de 1590 pages in-8° sur deux colonnes, avec 1097 gravures dans le texte : *Indispensable aux Familles*

Prix : BROCHÉ, **25** FR. ; — RELIÉ, **30** FR.

TRAVAUX ORIGINAUX

Électrolyse médicamenteuse. Ions et état colloïdal,

Par le Dr Foveau de Courmelles (1).

(*Suite et fin.*)

Il n'y a pas que les journaux politiques qui parlent de mes travaux d'alors, on les dirait sujets à caution, et cependant ils en constatent tout au moins, de façon sûre, les dates.

Voici maintenant la grave et importante *Semaine médicale* du 21 janvier 1891, qui déjà, le 23 novembre 1890, avait parlé de la précédente communication à l'Institut, et qui, parlant de la séance de l'Académie des Sciences du 19 janvier 1891, où je confirmai mes précédentes expériences, parlant du *pouvoir électif* de l'organisme de réagir à certains éléments, ce que démontrèrent plus tard les rayons X et le radium, disait notamment ;

« Pour un malade atteint de paralysie radiale double d'origine syphilitique, des tampons imbibés de bichlorure de mercure étant promenés sur le trajet d'un des nerfs malades, les urines révélèrent la présence du mercure... » En sa leçon du 15 janvier dernier, le professeur Raymond, à la Salpêtrière, émettait le désideratum de voir bientôt l'ion mercure vulgarisé dans le traitement des affections nerveuses spécifiques, on voit que, si ce n'est pas chose faite, ce n'est nullement de notre faute !

Mon exposé de l'*électrolyse médicamenteuse* du 5 janvier 1891, dans la *Revue Universelle des Inventions nouvelles*, article bien reproduit alors en France et à l'étranger (*Journal de Saint-Pétersbourg, Golfe de Naples...*), contenait ces phrases typiques :

« Tous les courants transportent, en effet, les substances ; les uns, *continus*, décomposent celles qui sont composées, ne portant qu'une partie de leurs éléments ; les autres, *discontinus*, emmènent au loin et tels quels les agents actifs. »

La même revue scientifique, la *Revue Universelle des Inventions nouvelles*, 5 février 1891, après la *République française* (compte rendu de l'Académie des Sciences, 19 janvier 1891), y revenait d'elle-même :

(1) Leçon inaugurale de la 15e année du Cours libre d'Électrothérapie du Dr Foveau de Courmelle à l'École pratique de la Faculté de Médecine de Paris, amphithéâtre Cruveilhier (lundi 15 avril 1907).

« Dans l'organisme humain, les vaisseaux contenus dans les parties sur lesquelles est dirigé le courant et par suite la substance s'en imprègnent, et le sang diffuse ensuite le médicament; se basant sur ses expériences médicales, le Dr Foveau de Courmelles en signale l'extension à l'industrie pour introduire des matières imputrescibles dans les corps dont on voudrait conserver l'aspect, la forme et la coloration. »

C'est encore la *Revue Scientifique*, la *Petite Revue* avec G. Vitoux, qui en rendent compte dès novembre et décembre 1890. Il y est parlé de corps électropositifs et négatifs : *ions, anions et cathions* d'aujourd'hui. J'y montrai les sels d'alcaloïdes en solutions incolores donnant des radicaux *colorés* aux électrodes. L'Institut nommait une commission formée de MM. Charcot et baron Larrey. Maints savants ou écrivains éminents venaient voir mes travaux ou m'écrivaient à leur sujet : le regretté Dr Em. Javal, de l'Académie de médecine, le prince Roland Bonaparte, le nouvel élu de l'Académie des Sciences, Francisque Sarcey, Émile Gautier.

Puis le *The Engineer* du 6 février 1891 mentionne « une nouvelle application de l'électrolyse et de l'électrosynthèse analogue au dépôt électro-chimique des métaux, par le Dr Foveau de Courmelles, de Paris... »

Dans l'*Art Dentaire* du 7 septembre 1891, le regretté dentiste A. Préterre écrivait : « Nous avons reçu du Dr Foveau de Courmelles la lettre suivante, que nous nous empressons d'insérer, ayant eu la bonne fortune d'assister à plusieurs de ses expériences concluantes : « Mon cher confrère, je trouve dans votre estimable journal un article du *The Lancet*, sur un « nouveau procédé d'anesthésie par l'emploi simultané de la cocaïne et de l'électricité ». La suppression locale de la douleur est une des applications de ma découverte de l'*Électrolyse médicamenteuse*... En outre, on peut produire l'anesthésie par l'utilisation des radiations des lampes à incandescence dirigées sur la région à insensibiliser... »

Foulon, de Chartres, appliquait ces faits et les publiait dans le journal spécial, l'*Odontologie*, de novembre 1892 (voir encore thèse du Dr Pont, de Lyon, 1899 : la *catataphorèse en art dentaire :* on ne veut pas encore différencier cataphorèse et bi-électrolyse).

*
* *

Les journaux politiques reviennent à diverses reprises sur la question. Voici l'un d'eux sous la plume d'un de nos plus distingués confrères, devenu plus tard un maître en physicothérapie, aux thermes de Valentia (Monaco). En l'*Événement*, décembre 1891, à propos de la goutte et du rhumatisme, du remède à trouver, le Dr Guimbail écrivait ;

«... Un effort considérable vient d'être tenté dans ce sens par un savant médecin des plus distingués, le Dr Foveau de Courmelles. Physicien avant d'avoir été médecin, il s'est complu à demander à l'électricité la guérison du rhumatisme. S'inspirant de cette idée générale que le courant électrique est susceptible d'entraîner par un passage au travers du corps humain des molécules de médicaments et de les y déposer sous une forme directement assimiliable, il a basé sur cette théorie tout

un système de médication qui lui fait le plus grand honneur. Voici plus d'un an qu'il poursuit des expériences dans ce sens, et je dois ajouter avec le plus réel succès... »

Dans les *Inventions Nouvelles* du 5 janvier 1892, j'écrivais encore : « Indépendamment du transport en l'organisme, au point malade, du médicament véhiculé, conduit par l'électricité (*cataphorèse*), il se passe toute une série de phénomènes chimiques non moins importants et qui constituent l'*électrolyse médicamenteuse*. Ce sont là de véritables réactions du médicament et du tissu vivant au contact, décomposés chacun de leur côté par les courants électriques continus. Les éléments ainsi mis en liberté ont un état particulier, que les chimistes ont appelé *l'état naissant*, et qui leur donne des propriétés chimiques plus actives, des affinités plus puissantes, des facultés de transformation des tissus organisés très remarquables. »

N'était-ce pas prévoir quelque peu l'*état colloïdal* et l'action de particules infinitésimales de substances électriques ou électrisées, radio-actives et diffusibles, agissant sur l'osmose organique encore si peu connue, et dont nous parlerons tout à l'heure.

Le 4 février 1892, dans l'*Indépendance luxembourgeoise*, Édouard Achard écrivait : « Notre ami, le jeune et déjà célèbre Dr Foveau de Courmelles, dont les lecteurs de l'*Indépendance* ont pu apprécier l'étendue des connaissances scientifiques, a lui aussi fait faire un grand pas à la science médicale avec l'*électrolyse médicamenteuse*... Avec l'*électrolyse*, la médication endermique prend un caractère rationnel, les pores se dilatent en quelque sorte, et les agents thérapeutiques atteignent plus profondément l'organe malade et agissent plus activement. »

Quand on voit maints précurseurs oubliés, tous même, en l'engouement actuel, on est quelque peu étonné de constater combien l'oubli d'un passé si proche est total, complet ! d'un passé cependant qui fit quelque bruit, car je pourrai citer rien que de 1890 à 1892 au moins cent journaux plus ou moins importants, qui mentionnèrent parfois longuement l'*électrolyse médicamenteuse*. Il est probable que le grand novateur actuel, dont je ne nie pas le mérite, au contraire, aura le même sort et que ses travaux seront retrouvés... plus tard ! Il est vrai que frappant constamment sur le même clou, *disséquant la méthode et y revenant sans cesse, il avait toutes les chances de succès, donc, il y a droit !*

***

Dans le *Voltaire* du 27 janvier 1892, faisant les *analogies* entre le connu scientifique et l'inconnu spiritique, nous montrions la lévitation possible, puisque se trouvant dans la cristallisation et la galvanoplastie notamment. Les lois de la pesanteur se trouvent, là, violées. Des récentes expériences ont donné des formations cellulaires pseudo-vivantes, disaient Gaston Bonnier, Charrin,... phénomènes d'électricité ou d'aimantation, croyons-nous ; plasmogenèse : Herrera, Renaudet;

J. Félix. On met en présence un dissolvant et un corps à dissoudre, le mélange se fait peu à peu suivant des lignes de forces analogues à celles du spectre magnétique dû à l'aimant ou à diverses formes électriques, nitrate de potasse et deux gouttes d'encre de Chine dans une plaque mouillée de nitrate de potasse donnent deux pôles à lignes se repoussant; si l'on met de l'hémoglobine et un cristal de nitrate, les lignes de force s'attirent. On peut ainsi dessiner des amas à aspect de cellules. On a parlé encore de cellules artificielles avec grain de sulfate de cuivre et de saccharose germant dans un mélange de ferrocyanure de potassium (2 à 4 0/0), de chlorure de sodium (1 à 10 0/0) et de gélatine (1 à 4 0/0), ne serait-ce pas là simplement un phénomène de lévitation de nature galvanoplastique ? Le fer se rouille par pile locale formée en son sein, et la rouille y dessine des arabesques très irrégulières, à forme de végétations arborescentes, polyphylles... Pourquoi serait-ce le seul milieu où pareil phénomène se produirait, là, peu visible à cause de l'épaisseur du métal et que décèle la radioscopie par différences d'opacité du métal attaqué et des parties inattaquées ; de même, la radiographie, mais, comme les images sont sur un plan, la démonstration en est moins nette.

***

L'électrolyse médicamenteuse réussit mieux sous le nom de *transport électrolytique des ions*, aujourd'hui c'est même *l'ionisation*. Maints auteurs font des *électrodes solubles :* le cuivre, le zinc, l'aluminium, le fer, à l'état d'aiguilles, de tiges, de trocart, *bi* ou *monopolaires* — font disparaître ou régresser maintes tumeurs cutanées ou profondes ; elles agissent sur les utérus parenchymateux, atones..., pour en rétablir ou régler les sécrétions. La polarité est également un élément agissant : on combattra l'aménorrhée et la dysménorrhée en reliant l'électrode intra-utérine au pôle négatif; pour les ménorragies, le pôle positif sera seul employé. Quand ces symptômes accompagnent les fibromes, les applications seront identiques; mais, dans ce cas, il conviendra de substituer aux électrodes métalliques, l'électrode-tube rempli d'iodure de potassium ou encore d'injecter préalablement cette substance dans la cavité utérine et d'y amener ensuite le courant. Diverses tumeurs se peuvent résoudre de même, l'*orchite* par exemple, alors par de simples plaques feutrées placées sur elles.

Cette dernière méthode m'a donné également de bons résultats (pli cacheté à l'Académie de médecine, juillet 1891 — et publication *Précis d'Électricité médicale*, fin 1891) dans la *blennorragie*, mais le tube porte-médicament est préférable. On le promène, rempli d'azotate d'argent au 1/25e, dans le canal urétral et relié au pôle positif jusqu'à ce que le patient accuse un maximum de douleur. On est ainsi sur le siège de la lésion, sur le point de départ du processus morbide. C'est une sorte d'instillation électrique qui réussit très bien et qui faite au point malade que diagnostique ce courant qui, *là seulement*, à faible intensité, est douloureux, employée dès le début, constitue une véritable méthode abortive. On peut avec une sonde à œil, de l'ouate hydrophile émergeant en cet œil, un fil

de platine à l'intérieur et la solution d'azotate d'argent constituer extemporanément un tube électrode porte-médicament. Quand la guérison se fait, le canal se charge de chlorures et l'on a un précipité blanc de chlorure d'argent en sortant la sonde.

Pour combattre *l'hypertrophie prostatique*, le traitement, quoique efficace, étant généralement lent, j'ai imaginé une électrode dont peut se servir le malade, après l'examen et le réglage par le médecin. Un tube en celluloïde courbé porte un œil assez large d'où émergera l'ouate hydrophile imbibée d'une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque, — substance choisie à cause de son action sur la prostate quand on la prend à l'intérieur. — Un anneau en caoutchouc, que l'on colle à l'endroit voulu pour que l'ouate soit bien appliquée au centre de l'hypertrophie prostatique, empêche le malade d'aller trop loin, arrête le tube en partie introduit à l'entrée de l'anus.

Le zinc en électrode positive sur de larges eczémas humides m'a donné des succès (Hôpital Saint-Louis, 1893 et 1894).

Pour les *calculs de la vessie*, la même méthode serait vraisemblablement applicable. La dissolution de tophi goutteux — et très nombreuses sont les guérisons ou améliorations que j'ai ainsi obtenues — les recherches de M. Yvon et les miennes sur l'électrolyse des alcalins en présence de véritables calculs, le démontrent. Ce procédé serait d'ailleurs plus curieux que pratique, puisque très lent, Du reste, bien que pour l'organisme on emploie des courants faibles, on ne peut, avant que des recherches faites dans la vessie des animaux en aient prouvé l'innocuité, les appliquer d'emblée dans la vessie humaine, au risque de l'ulcérer et de produire des accidents septiques ou urémiques; on ne peut qu'émettre le vœu de voir les électrophysiologistes élucider bientôt cette question. L'électrode que je vais décrire pour l'estomac serait indiquée, mais je crois que la lenteur électrolytique l'empêchera de remplacer jamais la lithotritie, même si le problème de son innocuité était résolu, problème posé d'ailleurs par moi en 1890 et non solutionné encore.

L'électrisation interne de l'estomac a été réalisée depuis longtemps avec adjonction de liquide conducteur par Bardet; l'électrode est isolée à son extrémité, sa partie conductrice étant excavée et profonde pour que, s'il y a contact avec les parois, il n'y ait pas d'électrolyse de ces parois. L'électrode positive intra-stomacale avec ingestion de solution chlorhydro-ammoniacale faible m'a donné des succès dans l'hypochlorhydrie, et inversement le pôle négatif et la même solution médicamenteuse contre l'hyperchlorhydrie : il se libère acide ou alcalin selon le pôle.

Contre le symptôme douleur, qu'il soit provoqué par la névralgie, le rhumatisme, le cancer..., j'ai employé les alcaloïdes et leurs sels, l'alcool camphré... Très souvent, presque toujours, j'ai obtenu avec la morphine, la cocaïne..., appliquées avec le pôle positif, une sédation immédiate, plus ou moins durable; dans deux cas de cancers du sein, à forme extrêmement douloureuse, j'ai obtenu un calme, une absence de douleur, durant plusieurs heures, amenant le sommeil et

que n'avaient pu produire les injections de morphine. Et, on l'a vu, des dentistes (Foulon, de Chartres, in *Odontologie*, novembre-décembre 1892) ont pu ainsi enlever des dents avec la cocaïne et le courant continu. Et si je place ici ces applications dans cette partie de mon étude plus spécialement consacrée à la bi-électrolyse, c'est qu'il s'y passe également des phénomènes de décomposition chimique, intéressants à mentionner; en effet, prend-on des tampons de linge absolument blanc et entourant l'éponge mouillée de l'alcaloïde en solution incolore, on trouve très souvent aux deux pôles des colorations différentes, attestant la formation électrolytique de deux corps différents, à chaque pôle. De même que Ciniselli a démontré la production aux dépens de l'organisme de radicaux acides et alcalins, il ne répugne pas à l'esprit d'admettre que les alcaloïdes simples ou mélangés se comportent de même, en *ions* qu'ils sont; pour leurs sels, cela paraît évident.

Dans la tuberculose, j'y suis encore revenu au *Congrès d'Électrologie de Berne* de 1902, les ventouses employées, remplies d'iodure de potassium créosoté, subissent aussi des variations de coloration. Les résultats thérapeutiques ont été souvent très encourageants, les signes morbides de l'affection pulmonaire diminuant d'intensité. La ventouse classique avec pompe peut être employée, ou encore diverses ventouses du commerce avec petit récipient et fils additionnels; pour la ventouse classique, on la remplit à demi de liquide, un fil relié au robinet ou soudé intérieurement amène le courant dans le liquide. Il se passe alors un ensemble d'actions concourant à l'absorption du liquide; la ventouse a soulevé la peau, augmentant ainsi sa porosité, et le courant électrique agit dans le même sens, sans compter l'escarre, la révulsion que l'on peut aussi produire si le fil amenant le courant touche la peau. J'ai souvent placé deux électrodes semblables et diamétralement opposées sur le siège d'une caverne. Malheureusement, les applications ne sont pas toujours possibles, les malades très amaigris n'offrent pas toujours une surface plane suffisante; en outre, les ventouses laissent des ecchymoses noirâtres assez longues à disparaître et qui effraient ou ennuient les malades et les empêchent de recourir à cette médication.

*
* *

La preuve de la pénétration par *électrolyse* a été du reste donnée avec de nombreuses substances. On applique, par exemple, une solution de strychnine à l'anode, on ferme le circuit sur un lapin : l'animal meurt en tétanos; si la solution est placée à la cathode, l'animal ne manifeste aucun inconvénient. Avec le cyanure de potassium, au contraire, si le toxique est au positif, l'animal résiste, s'il est au négatif, il meurt (S. Leduc).

L'introduction des ions, on l'a vu, dans l'organisme ne nécessite pas un outillage très compliqué. Il suffit d'une source de courant continu assez puissante pour fournir 1/2 à 2 milliampères par centimètre carré d'électrode. Quand on veut appliquer l'ionisation au pied ou à la main, goutte, rhumatisme, avec chlorure de

lithium, benzoate ou carbonate de lithine, il est préférable de placer l'organe dans un récipient où l'on verse le liquide à électrolyser : dans ce cas, une des électrodes vient plonger dans le liquide, l'autre est placée en un point quelconque des téguments, de préférence peu éloignée de la région où l'on désire concentrer l'action médicamenteuse.

Quand on ne peut utiliser ce dispositif, on matelasse avec une grande épaisseur d'ouate l'électrode active, on imbibe cette ouate de la solution médicamenteuse, zinc au pôle + contre cancroïdes ; quinine sur rate de paludiques, salicylate de soude au pôle négatif contre rhumatisme, et l'on fixe l'électrode sur la région sur laquelle on veut intervenir. Les solutions doivent être faites avec de l'eau pure, récemment distillée, le degré de dilution importe peu (Leduc).

Les ions, anions et cathions suivent leurs attractions polaires, c'est-à-dire les lois de Faraday. Ces mots seuls sont donc nouveaux.

*
* *

Revenons à l'*état colloïdal*, soupçonné par F. Garrigou et démontré par Albert Robin ; il se prépare par deux procédés bien différents : par voie chimique en réduisant par des réactifs appropriés des solutions de sel d'or ou de mercure, par exemple, selon les méthodes de Lottermoser, E.-A. Schneider, Barus, Billezter, Zsymondy, Gutbier, ou par voie électrique suivant la technique si curieuse de G. Bredig. On prend 100 centigrammes d'eau très pure et on y plonge deux fils de métal. On fait passer l'arc voltaïque (40 volts, 10 ampères), il se forme une solution opaque, qu'on laisse déposer et qu'on filtre. La solution passe avec toute sa couleur à travers le filtre, et cependant le microscope n'y peut déceler aucune particule solide. Ces particules sont très stables. On a su préparer ainsi des solutions aqueuses ou hydrosols des métaux les plus variés (or, argent, platine, iridium, nickel, cobalt, cuivre, fer, aluminium, bismuth, thallium, plomb, zinc, etc.).

Lorsqu'on injecte — disait M. Robin, il y deux ans, et il y est revenu avec plus encore de faits démonstratifs à l'Académie de Médecine, cette année — sous la peau des solutions contenant quelques décimilligrammes d'un métal tel que le palladium, le platine, l'or, l argent, etc., on voit survenir des effets chimiques considérables (augmentation de l'urée et du coefficient d'utilisation azotée, augmentation de l'acide urique, décharge d'indoxyle, etc.), de tout point similaires à ceux que l'on obtient avec des diastases extraites des levures. A la suite de ces injections, on observe, en outre, de profondes modifications dans les éléments figurés du sang, Cette médication a été faite à des malades atteints de pneumonie, en leur injectant de 5 à 10 cc d'une solution métallique renfermant de $0^{mgr}2$ à $0^{mgr}9$ de principe actif. Dans ces conditions, la défervescence est survenue six fois sur dix avant le septième jour. Les signes physiques des lésions de la pneumonie montrent que celle-ci continue son évolution malgré l'abaissement thermique. La crise polyurique de la convalescence paraît retardée de quelques jours. Dans tous les cas, on note une augmentation de l'urée, du coefficient d'utilisation azotée, de l'acide urique, etc.

Sur 14 malades soumis à ce traitement, 13 ont guéri. En résumé, les solutions métalliques favorisent, à des doses infinitésimales, les procédés normaux de défense de l'organisme.

C'est l'*action locale thérapeutique* vantée par Bouchard au Congrès du Caire de 1902. On veut ménager de plus en plus l'appareil digestif et nous sommes heureux d'y avoir au moins un peu contribué par l'*électrolyse médicamenteuse* si oubliée depuis 1890 et si d'actualité aujourd'hui.

Le radium a prouvé l'action de substances infinitésimales (Foveau de Courmelles, *Les applications médicales du radium*). On en est convaincu aujourd'hui, ce qui permet de mieux connaître et appliquer les médicaments, voire d'en saisir le mécanisme et les modes d'action. On voit que l'électricité mène, même dans le domaine des drogues, à être meilleur thérapeute !

Dr Foveau de Courmelles.

La sérothérapie dans le traitement de la dysenterie bacillaire,

Par MM. Vaillard et Ch. Dopter (1).

A la séance du 20 février 1906, j'ai eu l'honneur, au nom de M. Dopter, professeur agrégé du Val-de-Grâce, et au mien, de faire connaître les propriétés acquises par le sérum des chevaux immunisés contre le bacille dysentérique, son pouvoir antimicrobien et antitoxique, son action préventive et curative dans la dysenterie expérimentale des animaux, enfin ses applications pratiques à la médecine humaine basées sur le traitement de 96 malades ; il nous a paru ressortir de l'ensemble des faits expérimentaux et cliniques que ce sérum constituait réellement l'agent spécifique pour le traitement de la dysenterie bacillaire. L'Académie a bien voulu réserver un accueil si bienveillant à l'exposé sommaire de ces premières recherches que nous sommes encouragés aujourd'hui à lui soumettre les résultats obtenus depuis lors par l'emploi de la sérothérapie dans la dysenterie de l'homme.

Au cours de l'été 1906, il a été traité 243 cas de dysenterie se répartissant en deux groupes, qui seront envisagés séparément.

a) 200 dysentériques, dont 10 enfants, observés dans les hôpitaux de Paris (49), Lyon (73), Bordeaux (17), Toulon (20), Toul (7), ou parmi des malades non hospitalisés ; de ces derniers, 19 appartiennent à une épidémie de Bretagne.

b) 43 dysentériques des asiles d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle) et de Quatre-Mares (Seine-Inférieure).

(1) Communiqué à l'Académie de médecine le 9 avril 1907.

Tous ces malades n'ont pas été traités par nos soins ; nous exprimons notre gratitude aux médecins qui, après avoir utilisé le sérum, ont bien voulu nous communiquer les résultats obtenus avec leur appréciation personnelle.

I

Les 200 dysenteries du premier groupe étaient d'inégale gravité. En se basant sur l'acuité des troubles intestinaux (coliques, fréquence quotidienne des selles, caractères des déjections) et sur les symptômes d'intoxication (vomissements, adynamie, faiblesse du pouls, hypothermie, état syncopal, etc.), on peut les diviser de la manière suivante :

Cas d'intensité moyenne	101
Cas graves	55
Cas extrêmement graves	19
Cas considérés comme mortels	25
	200

Ce chiffre de malades dans lequel la proportion des cas graves ou mortels (99), entre pour moitié, a donné 10 décès, en y comprenant ceux qui sont survenus chez des sujets déjà en imminence de mort au moment où le sérum a été injecté ; soit une mortalité brute de 5 p. 100. Mais la plupart de ces décès, sinon tous, ne sauraient être valablement retenus au passif de la sérothérapie, comme il va ressortir des commentaires suivants sur les circonstances où ils se sont produits.

1° Deux décès concernent des marins de Toulon, très gravement atteints depuis plusieurs jours et conduits à l'hôpital Saint-Mandrier en état de collapsus; leur situation était absolument désespérée au moment où le sérum a été injecté (*Note du Dr Planté*).

2° Deux décès ont trait à des malades de Bretagne qui étaient déjà mourants ou presque mourants lorsque le sérum a été employé ; l'un a succombé le jour même de l'injection, l'autre le lendemain (*Note du Dr Marchais, de Carhaix*).

3° Adulte malade depuis huit jours. La fréquence des selles est modérée (17 à 20 par vingt-quatre heures), mais des symptômes significatifs traduisent une profonde intoxication : prostration, adynamie, algidité, aphonie, pouls misérable, facies cholérique. Deux injections de 100 centimètres cubes sont pratiquées, mais le sujet s'éteint dans une syncope 36 *heures* après le début du traitement. — Les lésions intestinales étaient limitées, réduites à trois plaques ulcérées. Il s'agissait d'une dysenterie hypertoxique qui eût peut-être guéri si le sérum avait été appliqué dès le début de la maladie et non aux approches de la mort.

4° Sujet adulte, malade depuis *trois semaines* et traité successivement par les purgatifs, le bleu de méthylène, l'ipéca. Au moment où l'on a recours au sérum, la situation du patient est désespérée : expulsion de lambeaux de muqueuse sphacélée, collapsus. Une dose de 20 centimètres cubes de sérum est injectée quotidiennement. La mort survient au troisième jour de ce traitement.

A l'autopsie : Péritonite généralisée agglutinant les anses intestinales. Le gros

intestin est ulcéré dans toute son étendue, de l'anus au cæcum et souvent jusqu'à la musculeuse ; les lésions ulcératives intéressaient l'appendice et la portion terminale du grêle (*Médecin principal Berthier*).

5° Sujet adulte, au dixième jour d'une dysenterie considérée comme mortelle, reçoit la dose absolument insuffisante de 70 centimètres cubes de sérum répartis en quatre jours. Mort sept jours après le début d'un traitement, qui a été tardif et trop parcimonieux (*Toul*).

6° Sujet adulte atteint depuis cinq jours d'une dysenterie exceptionnellement grave. Au moment où le sérum intervient, les selles sont incessantes, incomptables: le malade reste, pour ainsi dire, collé sur le vase. Pouls misérable avec adynamie inquiétante. Un lambeau de muqueuse sphacélée long de 15 à 20 centimètres a été expulsé.

Après treize jours d'un traitement intensif pendant lequel 810 centimètres cubes de sérum furent injectés, cette maladie d'un pronostic fatal était *complètement guérie* et l'évacuation quotidienne réduite à une selle moulée. Mais au *dixième jour de la guérison confirmée* surviennent brusquement des épistaxis incoercibles, puis des hématémèses entraînant une cachexie rapide, des convulsions et la mort en trois jours.

Ainsi ce sujet, notoirement guéri de sa dysenterie depuis dix jours, meurt de septicémie hémorragique à marche presque foudroyante, dont une vie quelque peu déréglée avait sans doute facilité l'incidence.

7° Enfant de cinq ans, émigrant russe, maigre et d'aspect misérable, qui dès son entrée à l'hôpital (*Service de M. Guinon*), « apparaît profondément intoxiqué: teint terreux, abattement, somnolence; 65 selles muco-sanglantes dans les vingt-quatre heures. Température 39 degrés; pouls, petit et mou; algidité très marquée ». — Le traitement par le sérum est commencé six jours après le début de cette dysenterie grave et à la dose quotidienne de 40 centimètres cubes. Les troubles intestinaux s'amendent aussitôt. Mais, dès le lendemain de la première injection, se déclare une broncho-pneumonie double qui emporte le petit malade en quatre jours.

L'autopsie montre, indépendamment des lésions classiques de la dysenterie, une broncho-pneumonie pseudo-lobaire, bilatérale, avec hépatisation grise due au pneumocoque. « Il faut reconnaître, disent MM. Ribadeau-Dumas et Burnier, que la mort était plus imputable à la broncho-pneumonie qu'à la dysenterie que la clinique et l'étude anatomique nous a montrée en voie de guérison. » (*Société de pédiatrie*, 16 octobre 1906.)

Un frère de ce petit malade, âgé de trois ans, avait été également conduit à l'hôpital pour une dysenterie de même gravité; il est aussi traité par le sérum et guérit en sept jours.

8° Adulte atteint depuis vingt-quatre heures d'une dysenterie très grave avec adynamie, vomissements incoercibles et albumine dans les urines. Des injections quotidiennes de 50 centimètres cubes de sérum produisent rapidement une sédation de tous les symptômes et une diminution considérable du nombre des selles.

Mais dès le cinquième jour surviennent des accidents sériques (érythème généralisé), dont l'intensité oblige à suspendre le traitement. Les troubles intestinaux reprennent aussitôt. De nouvelles injections de sérum sont pratiquées à doses modérées (20 centimètres cubes). La dysenterie s'apaise, mais les accidents sériques, accompagnés de fièvre, se reproduisent avec une intensité plus grande. L'emploi du sérum est encore suspendu et cette interruption est immédiatement suivie d'une reprise de la dysenterie avec aggravation de l'état général. Devant les menaces qui en résultent pour la vie, on essaye une troisième fois des doses faibles de sérum, mais l'intolérance se manifeste avec une acuité progressivement croissante, et force est bien d'abandonner définitivement le sérum.

Dès lors, la dysenterie traitée par les moyens usuels évolue sans amendement; les selles redeviennent fréquentes, l'amaigrissement est rapide, le muguet s'installe et le malade s'éteint lentement, dans le délire, six semaines après le début de l'affection.

C'est la première fois qu'il nous est donné de constater une pareille intolérance à l'égard du sérum, même dans les circonstances où des quantités bien plus considérables avaient été injectées.

En vérité, on ne saurait imputer tous ces décès à un insuccès de la méthode. Cinq d'entre eux se produisent chez des sujets presque mourants au moment où le traitement commence; un sixième est dû à une péritonite déjà en évolution sans doute lorsque le sérum intervient : l'action du sérum a des limites et ne peut être tenue à l'impossible. Ici la pneumonie grise tue un jeune enfant dont la dysenterie est en bonne voie de guérison; là une septicémie hémorragique emporte un adulte déjà guéri depuis dix jours : le sérum ne constitue pas le remède à tous les maux. Ailleurs enfin le sérum n'est pas toléré ou n'est employé que tardivement et à doses absolument insuffisantes. Cependant, et malgré la logique, nous avons tenu à comprendre toutes ces morts dans notre statistique, afin de lui conserver sa sincérité ou, pour mieux dire, afin de l'établir sur un abus de sincérité.

Mais si on fait abstraction des six cas où, en toute conscience, le sérum ne pouvait agir parce qu'il s'adressait à des malades dont la situation était désespérée et la mort prochaine, on arrive alors à une mortalité de 2 p. 100 ; et cette proportion reste *au-dessus* de la vérité, ainsi qu'il découle des explications ci-dessus.

Cette mortalité de 2 p. 100 (en admettant qu'elle soit bien exacte) n'apparaît pas moins très éloquente lorsqu'on la rapproche des cas graves (74) et surtout des cas *mortels* (25) traités par le sérum. Le bénéfice obtenu se suppute aussi par la comparaison avec la léthalité moyenne de la dysenterie en divers pays :

Au Japon (Shiga)	24 p. 100
A Moscou (Rosenthal)	12 à 17 p. 100
En Westphalie rhénane (Kruse)	11 p. 100

A Toulon sur les 129 malades de l'épidémie de 1906, encore que, vers la fin de l'épidémie, 20 dysentériques parmi les plus graves aient été soumis à la sérothérapie	6,9 p. 100
En Bretagne, au cours de l'été 1899 (Netter)	20 à 50 p. 100
Dans les épidémies annuelles des environs de Carhaix (Finistère) (Dr Marchais)	50 à 60 p. 100

Cette comparaison dispense de tout commentaire. Cependant, à ce sujet, je ne puis résister au désir de citer un épisode de l'épidémie bretonne de 1906.

Le docteur Marchais (de Carhaix) est appelé le 1er décembre dans une famille de sept personnes qui, toutes, ont été ou sont atteintes de dysenterie. Une enfant de huit ans est morte le 24 novembre; le père âgé de quarante-neuf ans, a succombé le 29 novembre. La mère et une fille de treize ans sont en voie de guérison. De ces quatre sujets qui ont fourni deux décès, aucun n'a reçu de sérum.

Au moment de la visite du médecin, les trois autres membres de la famille sont très dangereusement infectés.

Un garçon de onze ans est malade depuis huit jours; son jeune frère, âgé de cinq ans, est atteint depuis quatre jours. Tous deux présentent de 120 à 150 évacuations sanglantes par vingt-quatre heures. Le sérum leur est injecté et la guérison se fait rapidement en quelques jours.

Le frère aîné, âgé de vingt-deux ans, présente depuis quarante-huit heures une dysenterie plus grave encore et qui paraît devoir être fatalement mortelle. Les déjections sont incessantes, presque entièrement hémorragiques. Le facies est grippé, le pouls petit et filant, l'adynamie très marquée; l'algidité commence. « J'ai vu peut-être 300 cas de dysenterie depuis huit ans, écrit le Dr Marchais, et ceux qui ont suivi cette marche se sont presque tous terminés par la mort. » Le sérum est injecté à hautes doses (180 centimètres cubes en trois jours) et la guérison inespérée s'établit très rapidement.

Cette observation d'un praticien familiarisé avec la gravité de la dysenterie bretonne méritait bien d'être rapportée.

Le critérium de la valeur du sérum ne réside pas seulement dans l'abaissement de la mortalité; on le trouve aussi dans le soulagement immédiat qu'il procure aux malades et la rapidité de leur guérison. Les faits énoncés à ce sujet dans notre première communication se sont vérifiés de tous points chez les dysentériques traités ultérieurement. Le sérum apaise en quelques heures les douleurs abdominales, le ténesme et les épreintes; il fait fléchir la fréquence des selles avec une brusquerie que les graphiques mis naguère sous les yeux de l'Académie ont reproduite d'une manière saisissante.

En même temps la nature des déjections change : le sang disparaît d'abord, puis le mucus et les matières reviennent à l'état fécaloïde, indice de la guérison prochaine. Les dysenteries d'intensité moyenne sont jugulées en 24 ou 48 heures. Dans les dysenteries graves, tel malade qui présentait 100, 150 et même 200 selles au moment où le traitement est institué, n'en subit plus que 20, 10 ou quelques unités après 2 ou 3 injections de sérum. L'état général se transforme parallèle-

ment et la guérison complète survient en quatre ou six jours pour les cas graves, en douze ou quinze jours dans les formes où l'intensité des symptômes abdominaux et les signes d'intoxication imposaient le présage d'une issue fatale. Nous pourrions citer maint cas où, après échec des moyens employés et contre toute espérance de l'entourage, le sérum rationnellement employé a mis fin aux progrès menaçants d'un mal redoutable. Le sérum apparaît alors comme un remède vraiment héroïque, parce qu'il est le remède spécifique.

Encore doit-il arriver à temps, avant la détresse irrémédiable de l'organisme, à cette période où la défense cellulaire peut tendre la main au secours qui lui arrive. La dysenterie guérit d'autant mieux et plus vite que le sérum intervient plus près de son début; dans ces conditions, elle est facile à enrayer, et, comme on ne peut jamais prévoir la gravité ultérieure d'une dysenterie qui commence, il sera toujours prudent d'injecter le sérum de bonne heure.

Encore faut-il aussi que le sérum soit donné en quantité convenable, proportionnée à l'intensité de l'infection. Si les doses faibles (20 centimètres cubes) suffisent habituellement aux cas moyens, elles restent au-dessous des nécessités dans les formes graves, surtout quand leur début date déjà de plusieurs jours. Ces formes dangereuses réclament impérieusement, et d'emblée, des doses fortes (50, 80, 100 centimètres cubes) et un traitement intensif : la guérison est à ce prix. Agir autrement, c'est favoriser des insuccès qu'il serait possible d'éviter.

II

Quarante-trois dysentériques ont été traités dans les asiles de Maréville (Dr Aubry) et de Quatre-Mares (Dr Lallemant).

La dysenterie est fréquente et grave chez les aliénés ; elle fait chaque année son apparition dans beaucoup d'établissements, déterminant parfois de grosses épidémies. La mortalité est surtout grande lorsque la maladie frappe les quartiers d'agités ou d'infirmes (paralytiques déments) ; elle peut s'élever alors à 15 ou 25 p. 100, tandis que les sections d'aliénés valides et jeunes sont plus épargnées.

Certains ont pensé que la dysenterie des aliénés était d'une nature spéciale. Kruse lui a décrit en 1901 un bacille particulier, « le pseudo-dysentérique ». Depuis lors on a rencontré des bacilles dysentériques différents dans les épidémies d'asile : tantôt le type Shiga qui est celui de la maladie habituelle à nos pays, tantôt le type Flexner, tantôt enfin des variétés se rapprochant plus ou moins de l'un ou de l'autre (*para-dysentérique*). Pour Lieffmann et Nieter (1), tous les bacilles isolés dans la dysentérie des aliénés ne seraient que des *para-dysentériques*. Cette question étiologique est encore incertaine. Quoi qu'il en soit, le bacille du type Shiga nous a paru en cause dans l'épidémie de Quatre-Mares et le bacille du type Flexner à Maréville.

Seize dysenteries dont sept extrêmement graves, sont traitées à l'asile de Maréville. Deux décès se produisent, l'un au 25e jour, l'autre après six mois par cachexie; pour ces deux cas, dont le début remontait déjà à dix et douze jours, le

(1) *Münch. med. Woch.*, octobre 1906.

traitement, faute de sérum, a été trop modéré et même suspendu après quelques injections. Les années précédentes, 36 cas avaient fourni 8 décès, soit 22 p. 100. Le Dr Aubry, médecin de l'asile, constate l'amendement immédiat de tous les symptômes sous l'influence du sérum et la rapidité de la guérison lorsque la maladie est prise à son début.

A l'asile de Quatre-Mares, 27 dysentériques, dont 10 atteints de formes très graves, sont soumis au sérum. Cinq succombent ; il s'agissait de paralytiques gâteux et d'un idiot cachectique, tous en état de misère physiologique profonde. De ces décès, l'un est survenu dans la nuit même qui a suivi l'injection et ne saurait être valablement retenu : les quatre autres portent sur des gâteux qui avaient reçu des doses de sérum trop insuffisantes par rapport à la violence de l'affection intestinale. Chez les autres malades, la guérison a toujours été prompte.

De ces faits, il semblerait ressortir que : 1° la dysenterie des aliénés infirmes, gâteux ou cachectiques affecte une gravité dont le sérum ne triomphe pas aisément, avec cette réserve cependant que le traitement n'a pu être toujours conduit comme il convenait ; 2° chez les aliénés valides et résistants, surtout quand la dysenterie est prise au début, des doses très modérées de sérum déterminent une guérison rapide.

III

Ce n'est point par un simple artifice d'exposé que, dans ce compte rendu, nous avons envisagé séparément la dysenterie des aliénés et celle des sujets antérieurement sains. A la vérité, ces faits ne sont pas exactement comparables, tant au point de vue de la résistance organique des malades traités que des modes d'emploi du sérum.

Retenant surtout les résultats obtenus chez les 200 dysentériques du premier groupe pour les rapprocher de ceux déjà produits en 1906, nous croyons en pouvoir déduire que cette nouvelle expérience d'une année confirme pleinement les conclusions de notre précédente communication.

« Injecté à doses qui doivent varier avec la gravité des cas, le sérum enraye à la fois l'infection et l'intoxication, produit la sédation presque immédiate de tous les troubles intestinaux et assure une guérison rapide.

« Ses effets sont d'autant plus prompts et décisifs qu'il intervient plus près du début de la dysenterie; celle-ci peut être alors radicalement jugulée dans son évolution.

« Le sérum est encore très efficace dans les dysenteries traitées tardivement ; il soulage toujours le malade, arrête les progrès de l'infection et, s'il en est temps encore, hâte la guérison. »

Utiliser le sérum aussitôt que possible après le début de l'affection, en proportionner les doses à l'intensité du mal, telles sont les indications essentielles du traitement. Dans les dysenteries moyennes, 20 ou 30 centimètres cubes peuvent suffire. Mais dans les dysenteries graves, il faut injecter d'emblée 40, 60, 80 centimètres cubes, même plus, et réitérer cette dose le lendemain ; si les troubles intes-

tinaux ne sont pas alors suffisamment apaisés, l'emploi du sérum doit être encore continué à doses décroissantes, jusqu'à ce que le nombre des selles se réduise à quelques unités.

Le sérum antidysentérique compte parmi les sérums les plus fidèles au point de vue curatif; il est de ceux dont les effets immédiats se traduisent de la manière la plus saisissante et le malade est le premier à en accuser les bienfaits.

De cette tribune, où il convient toujours de mesurer ses paroles en raison de l'importance qu'elles y prennent, nous n'hésitons pas à déclarer avec une profonde conviction : Le sérum antidysentérique représente le moyen spécifique du traitement de la *dysenterie bacillaire* ; par son action et son efficacité il devient à cette dernière ce que le sérum antidiphtérique est à la diphtérie : sa vulgarisation permettra de réduire au minimum la mortalité dysentérique. Grâce à son emploi, le médecin peut avoir la certitude de soulager rapidement les souffrances du malades, d'abréger leur durée en agissant sur la cause qui les provoque et, par cela même, d'assurer à l'intéressé toutes les chances possibles d'une prompte guérison. Et la prophylaxie y trouvera aussi son compte, car en réduisant l'évolution de la maladie on diminue d'autant la période pendant laquelle est émis le contage qui la propage. Enfin le sérum qui guérit la dysenterie est également capable d'en empêcher le développement : employé à titre préventif chez les personnes exposées à la contagion, il peut les mettre à l'abri de l'infection. La fréquence des épidémies de famille dans les milieux ruraux, surtout en Bretagne, la gravité des la maladie chez les enfants et les sujets débiles justifieront une mesure qui a si bien fait ses preuves pour la diphtérie, c'est-à-dire l'injection préventive. En utilisant le sérum à bon escient, les médecins de nos populations bretonnes si durement éprouvées chaque année par la dysenterie ne manqueront pas de sauvegarder bien des existences.

Avant de terminer, je me permettrai de reproduire ici ce vœu qu'un médecin de Bretagne formulait récemment en nous transmettant ses observations personnelles sur l'emploi du sérum.

« Les pouvoirs publics devraient s'intéresser à ce mode de traitement, écrit le « Dr Marchais (de Carhaix) ; il y a lieu de le mettre largement à la disposition des « praticiens de nos régions pour combattre l'épidémie meurtrière qui nous re- « vient périodiquement. Je suis convaincu qu'appliqué largement et systématique- « ment, le sérum antidysentérique protégera dans l'avenir de nombreuses vies « humaines. »

COMPTE RENDU

DES

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 mai 1907.

Présidence de M. Saint-Yves Mesnard.

M. Courtade fait remarquer, à propos de l'*influence exercée par les affections dyspeptiques sur les troubles auditifs*, que les bourdonnements d'oreille ne sont pas nécessairement la première étape de la surdité, que celle-ci peut exister sans eux, et *vice versa*, et que les traitements institués pour modifier des troubles dyspeptiques peuvent à l'occasion exercer une influence heureuse sur les bourdonnements d'oreille, quand ceux-ci représentent un phénomène purement réflexe. S'il s'agit de bourdonnements tenant à l'évolution d'une otite catarrhale chronique, les résultats seront moins brillants.

En tout cas, il est peu probable qu'une affection stomacale puisse constituer la cause de la surdité.

MM. Laquerrière et Delherm présentent un rapport concernant *l'action de la haute fréquence sur l'hypertension* : ils arrivent aux conclusions suivantes :

En étudiant uniquement des malades à *hypertension constante*, et en se mettant autant que possible à l'abri d'influences étrangères au traitement électrique, on constate que l'action hypotensive immédiate consécutive à chaque séance n'est pas un phénomène aussi constant qu'on l'a écrit.

L'abaissement durable de la pression par la répétition des séances est bien moins constant et surtout beaucoup moins accentué que certains auteurs l'ont proclamé.

Même avec un régime alimentaire, les applications de H F ne mettent pas sûrement à l'abri, soit des accidents de l'artério-sclérose, soit d'une nouvelle élévation de la pression : chez les quelques malades étudiés à ce point de vue, les séances n'ont pas semblé produire de modifications notables de la pression capillaire.

Le phénomène vasculaire le plus fréquent — sans être rigoureusement constant — est l'augmentation de l'amplitude du pouls capillaire.

Cliniquement, les résultats ont été souvent favorables chaque fois qu'il s'est agi de ces sujets qu'on pourrait classer sous l'étiquette générale de « congestifs » (arthritiques, goutteux, préscléreux, artério-scléreux, etc.)

Il ne faut pas tenir compte de la seule pression sanguine, mais attacher aussi une grande importance à l'action des courants de H F sur la nutrition générale, car ils peuvent produire une meilleure ventilation pulmonaire, une élimination plus marquée de l'acide carbonique et une fixation plus active d'oxygène par le sang, ce qui augmente la rapidité des échanges, rend plus active la thermogenèse et améliore les formules urinaires.

Les courants de H F constituent, en résumé, une mesure d'hygiène générale à prescrire comme moyen de soulagement symptomatique et peut-être même comme mesure préventive.

M. Dignat fait ressortir que les difficultés qui entourent les études concernant la pression artérielle sont considérables : ses recherches lui ont démontré que ces courants agissent comme régulateurs de la nutrition.

M. Weil a reconnu que les courants de H F exercent peu d'action sur l'hypertension artérielle, qui est justiciable du traitement par les bains hydro-électriques à courant triphasé.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

L'obésité. Symptomatologie et étiologie. Anatomie et physiologie pathologique. Traitement, par MM. PAUL OULMONT et F. RAMOND (1 vol. 230 pages). — Le livre de MM. Paul Oulmont et F. Ramond n'est pas un simple résumé des travaux qui ont été publiés sur l'obésité. Les auteurs n'ont emprunté à leurs prédécesseurs qu'une partie de la description clinique et de l'étiologie. Dans l'exposé de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, les auteurs ont émis beaucoup d'idées nouvelles et de conceptions originales. C'est l'étude de la physiologie pathologique qui a permis à MM. Paul Oulmont et F. Ramond de discuter utilement les diverses médications à employer dans les différents types cliniques d'obésité.

Le travail est divisé en trois parties.

Dans la *première partie* (pp. 3 à 78), les auteurs, après avoir discuté les définitions possibles de l'obésité et émis quelques réflexions sur l'obésité dans l'art, se sont livrés à l'étude clinique de l'affection. Ils distinguent deux types d'obèses : le pléthorique dont l'aspect est florissant, la circulation bonne, l'appétit robuste, les fonctions digestives et rénales satisfaisantes, les pertes azotées exagérées, et l'anémique dont les chairs sont pâles et flasques, qui s'essoufle facilement, dont la circulation est défectueuse, l'appétit faible ou nul, le tube digestif en mauvais état, l'élimination azotée diminuée.

Les auteurs exposent de plus les variétés cliniques que présente l'affection selon l'âge et le sexe des sujets, et décrivent les complications dues soit à l'obésité elle-même, soit à une maladie intercurrente.

La *seconde partie* (pp. 85 à 158) a trait à l'anatomie et à la physiologie pathologiques. MM. Paul Oulmont et F. Ramond décrivent les lésions macroscopiques et microscopiques des organes, et les localisations des dépôts graisseux. Ils distinguent, au point de vue étiologique, une obésité héréditaire et une obésité acquise, et déterminent, parmi les causes multiples qui contribuent à produire l'affection, le rôle du système nerveux, des traumatismes de l'appareil génital, du régime alimentaire, des toxi-infections, et de la diminution de la secrétion thyroïdienne.

Dans le chapitre de la physiologie pathologique, les auteurs étudient le métabolisme des graisses, leur origine aux dépens des matières ternaires ou quaternaires de l'alimentation, leur absorption au niveau de l'intestin, et leurs mutations dans l'organisme.

Ils montrent ensuite le rôle important que jouent le foie et le pancréas dans ces transformations. Ils ont constaté que la graisse est digérée par les macrophages et, partagé de ce fait, ils ont préparé un *sérum antigraisseux*. A cet effet, ils ont injecté de la graisse humaine à un chien. Le sérum du chien est devenu alors lipolytique; si bien qu'injecté à des hommes obèses, il a produit un amaigrissement rapide. (Dans un cas cinq kilogrammes en dix jours.) Mais comme le sérum du chien est légèrement toxique pour l'homme, il n'a pas été possible de continuer les expériences. C'est cependant un procédé nouveau, qui pourra sans doute, lorsqu'il sera mis au point, rendre des services.

Dans la *troisième partie* (pp. 159 à 225), les auteurs discutent le traitement de l'obésité. Ils laissent de côté les régimes alimen-

taires non prohibitifs, que ne conseillent que de rares auteurs. Ils envisagent les régimes prohibitifs qu'on peut résumer ainsi :

1° La restriction peut porter à la fois sur tous les éléments normaux de l'alimentation. Les régimes diffèrent un peu suivant les auteurs (Dancel, Huchard, Dujardin-Beaumetz, Bouchard, Le Menant de la Chesnais).

2° Elle ne porte que sur les graisses et les hydrates de carbone (régimes de Chambers, Immermann, Cantoni, Harvey, Banting, Œrtel).

3° Elle ne porte que sur les hydrates de carbone (Ebstein).

4° Elle ne porte que sur les aliments solides et le malade peut boire à sa soif. Ce traitement, proposé par Kish, n'est accepté que sous certaines réserves par le professeur Albert Robin. Enfin les auteurs exposent les régimes de Mathieu, Germain Sée, Van Woorden, Debove, Maurel, etc.

Quel que soit le régime employé, il faut ajouter à la cure d'amaigrissement quelques adjuvants qui sont :

1° *Les agents physiques.* Les exercices physiques, tels que marche forcée, bicyclette, canotage, boxe, escrime sont déconseillés par MM. Oulmont et Ramond. Ils estiment, avec le professeur Debove, que « pour faire maigrir, il faut que l'exercice aille jusqu'au surmenage, et le surmenage ne doit jamais être conseillé ». Le travail physique provoque, en outre, un appétit incompatible avec un régime sévère.

Les exercices passifs (massages, mécanothérapie) sont, au contraire, efficaces, et il faut les conseiller aux obèses dont leur cœur faiblit au moindre travail. L'électrisation, la balnéothérapie chaude ou froide, le bain de vapeur, le bain sec d'air chaud ne donneraient que des résultats douteux.

2° *Le traitement médicamenteux.* Les laxatifs et les purgatifs sont recommandables parce qu'ils décongestionnent le foie. L'iode est surtout indiqué chez l'obèse lymphatique et artérioscléreux dont il facilite la circulation. Les alcalins et la bile sont utiles.

Le traitement antisyphilitique donne quelquefois de bons résultats.

Le traitement par la glande thyroïde est rationnel ; l'opothérapie thyroïdienne provoque, en effet, une certaine désassimilation et augmente les combustions organiques. Cette médication est active mais parfois dangereuse.

Les opothérapies ovarienne, testiculaire, hépatique ou pancréatique n'ont pas encore fait leurs preuves.

La cure thermale se fait soit en France (Vichy, Brides), soit à l'étranger (Marienbad, Carlsbad). Certaines eaux sont à la fois purgatives et amaigrissantes (Châtel-Guyon, Aulus, Miers, Ydes).

Le traitement chirurgical ne doit être conseillé que dans des cas exceptionnels.

Les traitements qu'on a proposés contre l'obésité sont donc nombreux. Voici les conclusions auxquelles arrivent MM. Paul Oulmont et F. Ramond : « La restriction alimentaire, disent-ils, est le principe fondamental de tout régime, elle doit varier suivant le degré de l'obésité, la taille, l'âge, le sexe et le tempérament du malade ; elle doit porter à peu près exclusivement sur les graisses et les hydrates de carbone, la quantité d'albuminoïdes restant le plus souvent normale. La dose de la boisson sera laissée à la discrétion du patient, sauf chez l'artério-scléreux dont la ration sera limitée, mais toujours dans une faible proportion. »

On recommandera, en outre, les exercices sans surmenage, l'hydrothérapie, etc. Mais il ne faut pas appliquer ces prescriptions générales uniformément à l'obèse pléthorique et à l'anémique. L'obèse pléthorique sera privé de substances ternaires et d'alcool. Il pourra augmenter les substances albuminoïdes de sa ration car il les brûle complètement. Il fera des exercices physiques prolongés et ne prendra pas de médicaments, à l'exception des alcalins.

Chez l'obèse hypo-azoturique, la réduction portera sur tous les aliments. Boissons en quantité moyenne. On ordonnera les exercices physiques passifs, les alcalins, les iodures, les pilules de fiel de bœuf et même l'opothérapie thyroïdienne.

Si le régime et les médicaments sont impuissants, l'unique ressource est la « cure de faim ». Dans la plupart des cas, on la fera faire au lit.

Les auteurs terminent leur ouvrage par un essai de diététique appliquée. Ils donnent des tableaux représentant, d'une part, la quantité de calories, d'albumine, de graisses et d'hydrates de carbone nécessaires suivant l'âge et le travail, et, d'autre part, la composition en azote, graisse, hydrate de carbone des principaux aliments, ainsi que leur valeur en calories. Il sera ainsi aisé au praticien de composer les me-

nus de ses malades, et MM. Paul Oulmont et F. Ramond donnent plusieurs modèles de repas convenant, les uns aux obèses pléthoriques, les autres aux obèses anémiques.

PIERRE SÉE.

Cure d'amaigrissement, par FISCH (*Berl. klin. Woch.*, 22 février 1905). — Il ne s'agit pas seulement, chez l'obèse non héréditaire (ce dernier ne peut être facilement ramené à la normale), de faire disparaître la graisse, mais encore d'obtenir une augmentation du tissu et de la force musculaires. On commencera donc par arriver à une alimentation suffisante pour maintenir l'équilibre nutritif, et quand on aura atteint cette limite on fera exécuter des exercices musculaires lentement gradués, destinés à augmenter la dépense en calories.

En outre, au moyen de bains à acide carbonique bien gradués, on influencera favorablement le métabolisme.

Pour les troubles cardiaques qui se caractérisent souvent par l'arythmie, la spermine de Pœhl rendra de grands services, alors que la thyroïdine et ses congénères sont à rejeter. Pour la spermine, on peut la donner sous forme d'essence, à la dose de 15 à 20 gouttes dans une eau minérale alcaline, trois fois par jour.

Les bains chauds, tout dernièrement encore si fréquemment prescrits, offrent de graves dangers quand le cœur est atteint; si ce dernier est sain, les bains le forcent à un excès de travail préjudiciable. Les fatigues sportives ont cédé le pas à la mécanothérapie et au massage du cœur, dont les effets sont certes moins marqués, mais qui n'épuisent jamais le malade et le tonifient au contraire. Les sports les plus dangereux paraissent être la bicyclette et les courses de montagne, car leur exagération peut provoquer, en dehors des troubles cardiaques, de l'albuminurie.

En tout cas, il est à conseiller, quand il s'agit de combattre l'obésité, d'éviter tout surmenage.

E. VOGT.

Traitement de la chloro-anémie dite essentielle par les injections sous-cutanées de sérum de lapin préalablement saigné, par SONNEVILLE et MINET (*L'Echo médical du Nord*, 21 avril 1907). — M. P. Carnot et Mme Deflandre avaient montré que, si on injecte à un lapin normal le sérum du sang recueilli lors de la deuxième saignée faite à un lapin saigné à blanc, la proportion des hématies s'élève immédiatement d'une façon considérable. Les auteurs ont cru intéressant de rechercher si ces injections de sérum pouvaient être appliquées au traitement des diverses anémies observées en clinique. En conséquence, ils ont pratiqué une première saignée de 20 centimètres cubes à un lapin neuf, puis recueilli aseptiquement le sérum de ce lapin vingt heures après. Le sérum fut toujours injecté frais, ou conservé, quarante-huit heures au plus, à l'abri de la lumière. Les injections furent faites dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen, l'injection par cette voie ayant sensiblement les mêmes effets que l'injection intra-veineuse. Chez une première malade, âgée de six ans, atteinte de chloro-anémie intense, avec 3.596.000 hématies, de valeur globulaire 0,44, une injection de 4 centimètres cubes de sérum produisit immédiatement une augmentation considérable de la valeur globulaire qui fut portée à 0,66, tandis que le chiffre des globules augmenta d'environ 1 million le sixième jour. Après une deuxième injection faite lorsque le résultat commençait à faiblir, amena une nouvelle amélioration qui fut persistante. Les résultats furent également très marqués dans deux autres cas concernant des jeunes filles d'une quinzaine d'années. On peut conclure de ces observations que la chloro-anémie dite essentielle est heureusement influencée par les injections de sérum de lapin préalablement saigné.

L'hyperglobulie presque immédiate dans les cas légers ne se produit qu'au bout de trois ou quatre jours dans les cas plus sérieux. Ce résultat se maintient plus ou moins longtemps, mais peut être provoqué à nouveau par une deuxième injection. La valeur globulaire subit toujours une augmentation immédiate et durable et l'état général est favorablement influencé.

L. JUMON.

L'adrénaline en injection sous-cutanée contre l'ostéomalacie (*Semaine médicale*, n° 12, 20 mars 1907, p. 142). — D'après M. Bossi, de Gênes, l'adrénaline constituerait un excellent médicament contre l'ostéomalacie M. Bossi a pu, en effet, réunir deux observations d'ostéomalaciques : la première concerne une multi-

pare qui, grâce à 16 injections d'adrénaline, put mener à terme une grossesse gémellaire. La seconde a trait à une femme qui, arrivée au sixième mois de la grossesse, se trouvait dans l'impossibilité de se tenir debout, même avec l'aide de deux personnes, ou d'exécuter le moindre mouvement dans son lit. La malade, également traitée par les injections d'adrénaline, vit, au bout de douze jours, ses douleurs disparaître et marchait en s'appuyant sur une canne.

PIERRE SÉE.

Contre le rhumatisme aigu ou chronique (POUCHET, *Journ. de médecine de Paris* n° 17. 28 avril 1907, p. 158).

Donner 3 à 6 cuillerées à soupe par vingt-quatre heures de la potion :

Citrophene	10	grammes.
Eau chloroformée	120	—
Sirop de menthe.....	30	—

PIERRE SÉE.

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT,

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement des fractures obliques de la jambe, par Léon DESGUIN (*La Belgique médicale*, 25 avril 1907). — Ce travail se termine par les conclusions suivantes que nous résumons. Les fractures obliques de la jambe doivent être réduites d'urgence. On ne peut tolérer comme perte de temps que celle qui est strictement imposée par l'obligation de réunir les conditions les plus favorables à la réussite des manœuvres. Si on ne réduit pas de bonne heure, il faudra employer pour la coaptation une force d'autant plus grande qu'il s'est écoulé plus de temps depuis l'accident; les difficultés de coaptation vont ainsi croissant. Si la réduction est insuffisante, les moyens de contention échouent et le résultat est toujours imparfait; la contention est, au contraire, facile si la réduction obtenue est parfaite.

Trois moyens principaux de traitement se présentent, leur choix se guide sur les circonstances :

a) La réduction à ciel ouvert, avec fixation directe des fragments;

b) La réduction sous l'écran radioscopique, avec appareil de contention approprié;

c) La réduction basée sur les renseignements fournis par la vue et le toucher, visant surtout à rétablir la longueur, la forme et la position du membre, et maintenue par un appareil rapidement solidifiable.

Ces trois moyens forment une gradation ascendante de *a* à *b* quant à la difficulté, et une gradation descendante dans le même sens comme efficacité.

Le traitement idéal est donc la réduction hâtive à ciel ouvert, avec fixation de fragments. La fixation doit être efficace pour rendre inutile tout appareil de contention. L'opération doit être écartée si l'on ne peut réunir des conditions parfaites d'asepsie, d'assistance, de matériel, ou quand l'anesthésie est contre-indiquée.

Si l'on ne peut opérer, il faut, si l'on possède une installation convenable, recourir à la réduction sous l'écran radioscopique. Si ces deux moyens font défaut, on utilise alors le troisième qui ne donne que rarement un résultat parfait. Les autres méthodes de traitement, l'extension continue, ne peuvent être comparées aux précédentes au point de vue des résultats.

L. JUMON.

Fêlures et tassements des os, traitement, par le Dr PIET (de Denain), (*J. des sc. méd. de Lille*, 20 avril 1907). — L'auteur passe en revue les conséquences des fêlures et des tassements pour les divers os. Ces lésions, quoique minimes, entraînent une impotence fonctionnelle presque aussi longue que celle des fractures complètes, sans complications, des mêmes os. Le résultat final est toujours bon, à part de rares exceptions résultant de circonstances particulières. La consolidation se fait en bonne position, la lésion excluant le déplacement. Quant à la déformation résultant de tassements osseux, elle est en général trop peu marquée pour compromettre le fonctionnement d'une façon définitive.

En ce qui concerne le traitement, il est inutile de faire des tentatives de réduction, de faire une contention étroite, sauf peut-être pour les cas de fêlures des os de la main. La compression ne semble avoir aucun avantage.

Le repos, au contraire, est indispensable pour éviter les douleurs, les déformations secondaires, et obtenir la consolidation avec un cal aussi réduit que possible. Mais le simple repos ne suffit pas toujours, surtout

au membre supérieur. Il est bon de mettre des appareils pendant huit à dix jours en moyenne. Pour les lésions du coude, on emploiera l'écharpe triangulaire ou l'écharpe de Mayor; pour celles du poignet, une attelle matelassée de feutre ou d'ouate, et sur laquelle la main est deviée vers le bord cubital, le pouce écarté dans le prolongement du bord radial; pour les lésions du métacarpe et des doigts, on fixe les doigts fermés sur un manche à balai scié à la largeur de la main, sur un œuf en plâtre ou plus simplement sur une bande roulée.

Le massage est la règle quand il y a un épanchement sanguin ou un œdème considérable. Sauf contre-indication, il devra être continué jusqu'à disparition complète du gonflement. La mobilisation, l'électrisation, la balnéation, la mécanothérapie, la gymnastique suédoise, la gymnastique de chambre, etc., rendent des services et devront être appropriées à chaque cas. Règle générale : on peut commencer de très bonne heure les exercices qui ne mettent pas en jeu la résistance de l'os fêlé ou tassé et différer les autres, qui peuvent entraîner un déplacement brusque ou progressif des fragments. En résumé, immobilisation complète de courte durée, suivie de massage et de mobilisation avec les ressources accessoires suivant les circonstances.

L. Jumon.

Epithélioma adamantin (*Soc. de chir.*, 27 mars 1907). — Une jeune fille de 22 ans présentait une tumeur solide au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur. Elle avait déjà été opérée 2 fois pour un kyste de la mâchoire et, chaque fois, avait persisté une ulcération. M. Morestin réséqua totalement la moitié de la mâchoire inférieure et enleva tous les ganglions cervicaux dégénérés. On vérifia au microscope la nature de la tumeur, qui n'était autre qu'un épithélioma adamantin. La guérison persiste depuis deux ans. Est-il nécessaire de faire toujours une ablation aussi mutilante? Des observations citées par M. Walther et M. Faure répondent à cette question par la négative. Le premier a réséqué la mâchoire inférieure chez une jeune femme, pour un sarcome aggravé d'une récidive. Il laissa intact le bord inférieur de la mâchoire, ce qui n'empêche pas la guérison de se maintenir depuis 5 ans. M. Faure rappelle un cas qu'il a opéré il y a une dizaine d'années. Dans cette observation, qui fut analysée par nous, on se souviendra qu'il fit un résection partielle, pour enlever un épithélioma de l'os maxillaire inférieur, en laissant persister la table externe, qui n'était pas encore envahie. L'auteur nous apprend que le malade a survécu 3 ans sans récidive et qu'il a succombé à une autre affection.

A. Benoît.

Le traitement hyperémique de la tuberculose osseuse et articulaire, par C. Deutschlœnder (*Münch, med. Woch.*, 16 avril 1907). — L'auteur résume ainsi les principes du traitement de la tuberculose osseuse et articulaire par l'hyperémie. La stase doit toujours être de courte durée, de une à deux heures par jour; elle doit provoquer l'impression d'une forme inflammatoire aiguë, avec rougeur vive des tissus. Dans aucune circonstance, la stase ne doit provoquer de la douleur et on ne doit pas non plus observer de l'œdème. Après un traitement de plusieurs semaines par l'hyperémie, il est recommandé d'intercaler régulièrement un temps d'arrêt de quelques jours. Les tuberculoses fistuleuses et abcédées sont traitées par l'hyperémie produite à l'aide de ventouses et de préférence en association avec l'hyperémie passive. Ce traitement par l'hyperémie doit être commencé le plus tôt possible et continué pendant très longtemps, alors que toute manifestation inflammatoire extérieure a disparu depuis longtemps; on doit prolonger ce traitement pour éviter les récidives. Les abcès chauds doivent être ouverts le plus tôt possible. Les abcès froids et les grands épanchements sont ponctionnés en appliquant l'hyperémie par aspiration, sans qu'on ait besoin cependant d'injecter de l'iodoforme.

L'immobilisation pendant le traitement par l'hyperémie n'est pas nécessaire; au contraire, de légers mouvements sont utiles et très aptes à conserver la fonction articulaire. Cependant il faudrait se garder d'exagérer ces mouvements. Le principe de la décharge doit être observé avec le plus grand soin et les articulations tuberculeuses doivent être garanties pendant longtemps contre toute charge.

Le traitement par l'hyperémie passive est non seulement un bon traitement, mais il est de beaucoup le meilleur procédé de traitement conservateur. Non seulement il procure la guérison de la tuberculose, mais dans beaucoup de cas cette guérison se fait

avec conservation d'une bonne mobilité articulaire et de bonnes fonctions. On ne peut pas toujours se passer d'interventions opératoires, mais les opérations sont moins graves, moins mutilantes et plus restreintes.

L. JUMON.

Anesthésie par le somnoforme, par le Dr ALVARO CHARNET (*Revista Especialidades*, Madrid, décembre 1906). — C'est à l'anesthésie générale que la chirurgie a recours le plus souvent, car elle répond à toutes les nécessités et nous donne d'une façon parfaite l'insensibilité et l'immobilité indispensables pour les opérations.

Le somnoforme est un mélange de 65 parties de chlorure d'éthyle, 35 de chlorure de méthyle et 5 de bromure d'éthyle.

Le chlorure d'éthyle, dérivé de l'éthane (C_2H_6) par substitution d'un atome d'hydrogène par un autre de chlore, connu comme anesthésique général depuis l'an 1847, a rendu d'excellents services comme anesthésique général. On cite toutefois quelques cas défavorables.

Le chlorure de méthyle, dérivé du méthane (CH_4) par substitution d'un atome d'hydrogène par un autre de chlore, ne fut employé, comme anesthésique général, que depuis qu'il entre dans la composition du somnoforme.

Le bromure d'éthyle, dérivé de l'éthane par substitution d'un atome d'hydrogène par un autre de brome fut employé comme anesthésique en 1849 par Nunneley ; son action est très rapide, mais il a l'inconvénient de paralyser le cœur et son odeur est très désagréable.

Le somnoforme, réunissant les avantages de ces trois corps et n'ayant aucun de leurs inconvénients, produit une anesthésie générale rapide, sans aucun danger, avec des résultats surprenants.

Avec la dose ordinaire de 5 cc. de somnoforme, l'anesthésie apparaît au bout de vingt secondes, elle dure d'une à quatre minutes.

L'anesthésie par le somnoforme présente les mêmes périodes que celles du chloroforme et de l'éther; mais celles-ci sont si rapides qu'elles passent ordinairement inaperçues.

Le somnoforme est indiqué surtout dans les opérations de courte durée, ponction d'abcès, de panaris, urétrotomies, cautérisations, etc.

On l'a aussi utilisé dans les opérations de longue durée (néphrectomie, amputations, etc.).

Le somnoforme peut être utilisé pour les anesthésies combinées; on commence par lui et on continue avec le chloroforme ou l'éther; on évite ainsi la période d'excitation.

Le somnoforme est l'anesthésique idéal car il ne reconnaît pas de contre-indications et on n'a pas besoin de préparer le malade.

Comme effets désagréables on cite, dans quelques cas rares, une légère excitation chez les alcooliques; des nausées et des vomissements quand on a mangé depuis peu, une émission involontaire d'urine et des attaques chez les hystériques et les épileptiques.

Quand on opère des enfants, l'indication du somnoforme est capitale. Vu la grande volatilité de ce produit, il réclame des moyens spéciaux pour son application. Avec une serviette ou mouchoir rendu imperméable par une feuille de papier on peut improviser un masque. Le somnoforme peut aussi être utilisé pour produire l'anesthésie locale par réfrigération.

F. BERINI.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr PIERRE SÉE.

Rôle de l'eau de mer isotonique sur l'acide chlorhydrique du suc gastrique, par SELLIER (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 26 avril 1907). — Après qu'on eut acquis la certitude de la présence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, on se préoccupa de le faire se développer dans les cas d'hypochlorhydrie au moyen des chlorures. M. Sellier expose les expériences physiologiques qu'il a faites à ce point de vue. L'ingestion de chlorure de sodium permettait de découvrir de l'acide chlorhydrique libre dans l'examen du contenu stomacal. Ces expériences furent poursuivies chez l'homme au moyen du sérum de Hayem. L'acide chlorhydrique peut être changé presque à volonté en acide bromhydrique. M. Sellier rapporte un cas dans lequel une malade,

atteinte de cavernes pulmonaires, vit, sous l'influence d'une injection de 500 centimètres cubes d'eau de mer, son inappétence disparaître dès le soir du jour de l'injection. Mais cette amélioration de l'état général ne fut pas durable et la malade mourut. L'auteur relate huit observations de malades atteints d'inappétence et chez lesquels un certain nombre d'injections d'eau de mer firent relever tous les éléments acides du suc gastrique. L'eau de mer en ingestion a relevé l'appétit ainsi que le taux des éléments acides chez d'autres malades.

L. JUMON.

Traitement de la diarrhée chronique et de la dysenterie amibienne par l'ingestion de feuilles de rave cuites (*Semaine méd.*, n° 13, 27 mars 1907, p. 153). — D'après MM. C. Wilson et H. E. Pressly (de Birmingham), l'ingestion de feuilles de rave cuites aurait des effets favorables chez les patients atteints de diarrhée chronique, simple ou amibienne. Ces praticiens soumirent à ce régime quatre malades atteints de diarrhée chronique et deux autres souffrant de dysenterie amibienne. Sur les quatre, trois guérirent; les deux dysentériques virent leur état général s'améliorer rapidement, les selles sanglantes disparaître, et ils furent complètement rétablis au bout de quelques mois.

Pour rendre l'ingestion de feuilles de rave plus agréable, MM. C. Wilson et H. E. Pressly conseillent de les préparer de la manière suivante : on fait cuire, pendant une demie-heure, un morceau de jambon avec un peu d'eau, puis on ajoute les feuilles de rave et on fait bouillir deux heures. Ce mode de préparation permet de faire, pendant quelques jours et même plusieurs semaines, usage exclusif de cette alimentation; on doit, en effet, continuer parfois pendant un temps assez long ce régime pour obtenir la guérison.

PIERRE SÉE.

Cachets contre la diarrhée due aux ulcérations tuberculeuses de l'intestin (RÉNON, *Journal de méd. de Paris* n° 17, 28 avril 1907, p. 158).

Bleu de méthylène...	0,10 centigr.
Lactose.....	0,20 —

Donner 3 à 4 de ces cachets par jour.

Prévenir le malade que ses urines seront colorées en bleu.

PIERRE SÉE.

Empoisonnement collectif par des caillebottes (lait caillé), par M. DUFOUR (de la Rochelle) (*Journal des Praticiens*, n° 4, 26 janvier 1907, p. 53). — Quarante et une religieuses, dans un couvent, ayant absorbé, au repas de midi, du lait caillé, trente-trois d'entre elles présentèrent pendant la nuit des symptômes d'intoxication (vomissements, diarrhée violente, coliques, fièvre, abattement, accidents nerveux, sécheresse de la langue, ralentissement du pouls). Certaines malades présentèrent du refroidissement, et l'une d'elles eut de l'albuminurie. Il s'agissait donc d'un empoisonnement collectif. Huit personnes, il est vrai, avaient pu absorber impunément du lait caillé, mais cette exception prouve seulement que certains sujets sont, en quelque sorte, immunisés contre les intoxications alimentaires.

M. Dufour ordonna le traitement suivant, qui guérit toutes les malades : diète hydrique, boissons diurétiques et stimulantes (tisanes, café, thé, vins généreux, etc.). De plus, il fit réchauffer, par des boules d'eau chaude, les malades qui présentaient un refroidissement marqué.

L'alimentation ne fut reprise que tardivement, avec prudence, et ne comprit, au début, que des féculents.

L'auteur pense qu'un germe pathogène s'était développé pendant la fabrication du lait caillé, c'est-à-dire entre le moment de la livraison du lait, le matin, et le repas du midi. En effet, pour faire la caillebotte, on maintient le lait à 37 degrés, température qui favorise le développement des germes. De plus, la longue durée de l'incubation chez les sujets atteints, et qui varia de 12 à 18 heures, est encore un fait qui prouverait l'origine microbienne de l'affection.

Ces intoxications seraient assez fréquentes; aussi faudrait-il, selon M. Dufour, toujours penser, chez l'adulte aussi bien que chez l'enfant, à la possibilité d'accidents toxi-infectieux graves dûs à l'ingestion du lait. Ce liquide, en effet, s'altère facilement et peut alors, sans modifications apparentes, renfermer des principes pathogènes, dont l'absorption est de nature à produire des accidents sérieux.

PIERRE SÉE.

La lithiase biliaire chez le vieillard, par LE GENDRE (*Le Bulletin médical*, 18 avril 1907). — La lithiase biliaire, si fréquente chez le

vieillard au point de vue anatomo-pathologique, est en revanche exceptionnelle au point de vue clinique, au moins sous le rapport des manifestations habituelles (colique hépatique, cholécystite, angiocholite à grand fracas). L'auteur estime cependant que divers réflexes, tels que nausées, vomissements, dyspnée angoissée, états syncopaux, que l'on rencontre chez les vieillards, dépendent de la lithiase biliaire : on les reconnaît à ce fait que les sujets reviennent à un état de santé normal dans l'intervalle des crises. Le tamisage des selles démontre d'ailleurs l'exactitude du diagnostic, et l'on rencontre souvent une tumeur biliaire indolente simulant parfois un cancer du pylore.

Au point de vue thérapeutique, il y a moins à se préoccuper d'éviter la formation de nouveaux calculs en écartant les aliments riches en cholestérine : il faut surtout insister sur la nécessité de faire des repas très peu copieux et plus fréquents, pour éviter la stase biliaire prolongée dans le réservoir cystique et les afflux excessifs de bile que provoque la digestion d'aliments carnés abondants, gras ou épicés.

On prescrira avec discrétion le bicarbonate, le benzoate et le sulfate de soude. Les cures de Carlsbad et Vichy ne seront permises qu'aux sujets encore résistants. Le salicylate de soude peut être dangereux à cause de la sclérose rénale, les injections de morphine sont inutiles et nocives, tandis que la glycérine, l'huile de Harlem, l'extrait de fiel de bœuf, les irrigations intestinales, les laxatifs doux, les eupeptiques, etc., formeront la base du traitement.

En cas de tumeur biliaire, on devra discuter l'opportunité d'une intervention avec plus de prudence encore que chez l'adulte.

E. Vogt.

L'eau de mer en ingestion dans la tuberculose, par J. Carles (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 26 avril 1907). — L'auteur a choisi la méthode de l'ingestion pour l'emploi de l'eau de mer, afin d'éviter la multiplicité des piqûres et les inconvénients qui résultent des solutions non rigoureusement isotoniques. Chez les tuberculeux du premier degré, on note généralement une augmentation de l'appétit et le relèvement des forces. Dans le deuxième degré, les résultats semblent plus satisfaisants encore. Dans le troisième, il y a simple accalmie des accidents. Les tuberculeux anorextiques sont ceux qui bénéficient le plus du traitement, aussi M. Carles a-t-il également employé l'eau de mer chez les dyspeptiques avec un certain succès. On notait un relèvement de tous les éléments acides de l'estomac. Il est évident que le traitement est contre-indiqué chez tous les hypersthéniques nerveux par suite de l'agitation et des phénomènes gastralgiques qu'il détermine.

L. Jumon.

Les manifestations pleurétiques des anévrysmes de l'aorte, par A. Cade et A. Vialle (*La Province médicale*, 27 avril 1907). — En dehors de l'hémothorax résultant de la rupture de l'anévrysme dans la plèvre, celui-ci peut déterminer des pleurésies sèches, adhérences, symphyses totales ou partielles, et des pleurésies avec épanchement. Le but du travail des auteurs est de rechercher quels sont les symptômes ou les anomalies symptomatiques capables, en face d'un anévrysme aortique larvé à forme pleurétique ou pleuro-pulmonaire, de mettre le clinicien sur la voie du diagnostic exact. Il s'agit là d'une étude minutieuse qui ne peut être analysée ici. Mais cette étude comporte un côté thérapeutique intéressant, c'est le danger de la ponction. Si donc l'évacuation du liquide épanché devient nécessaire, la thoracenthèse devra toujours être modérée. C'est que l'on a accusé, en effet, une évacuation trop complète de déterminer l'augmentation de volume de la tumeur; on l'a également accusée de favoriser la rupture de l'anévrysme. Dans un cas, après une évacuation pleurale de trois litres, on vit survenir rapidement la mort par ouverture de l'anévrysme dans la plèvre. L'expectoration albumineuse à la la suite de la thoracentèse peut aussi se produire dans ces conditions, comme dans le cas de Huchard, où le malade succomba asphyxié, quelques heures après une ponction qui avait donné environ 1.200 centimètres cubes de liquide. Il faudra donc respecter l'épanchement ou ne faire que des évacuations partielles. Le plus souvent la quantité de liquide est modérée et les troubles fonctionnels sont sans rapport avec elle.

L. Jumon.

Thérapeutique des hémorroïdes, par M. Nigay (*Journal de médecine de Paris*, N° 13, 31 mars 1907, p. 119). — Lorsqu'on

se trouve en présence d'un malade atteint d'hémorroïdes, il ne faut pas toujours, d'après M. Nigay, se hâter de les combattre. En effet, chez un malade arthritique, congestif, pléthorique, albuminurique ou cardiaque, le flux hémorroïdaire constitue une *soupape de sûreté* dont la suppression brusque peut amener des accidents.

Les hémorroïdes idiopathiques ou compliquées doivent, au contraire, être traitées. L'auteur indique :

Moyens hygiéniques. Exercice modéré, régime alimentaire d'où seront exclus les condiments, les excitants, les aliments fermentés, les viandes faisandées, la charcuterie, les boissons fermentées. Peu manger.

Traitement médicamenteux. S'il y a constipation, prendre des laxatifs doux (faibles doses d'huile de ricin, ou bien une ou deux cuillerées à soupe d'huile d'olive, le matin, à jeun).

Pour décongestionner les veines, prescrire :

Extrait aqueux de Capsicum annuum.....	ââ 0,05 centigr.
Extrait sec d'Hamamelis...	

Pour une pilule : 3 à 5 par jour.

Ou bien :

Teinture d'Hydrastis canadensis..	ââ 10 gr.
Teinture d'Hamamelis virginica...	

X à XII gouttes, 3 fois par jour, avec un peu d'eau sucrée.

Prendre, de plus, des bains très chauds ou très froids ; surtout le matin au réveil, et le soir au coucher. Entre les lavages, maintenir sur la région un tampon d'ouate imbibée de la pommade du professeur Albert Robin :

Onguent populeum.....	30 grammes
Extrait de ratanhia.....	2 grammes
Chlorhydrate de cocaïne.	0,50 centigr.
Extrait thébaïque.....	0,50 centigr.

Ou de la solution suivante :

Solution normale d'adrénaline	XXX gouttes
Chlorhydrate de cocaïne.....	0,05 centigr.
Vaseline.....	15 grammes

Si, malgré ce traitement, les hémorragies persistent, prescrire :

Chlorure de calcium.....	4 grammes
Sirop d'opium	50 grammes
Hydrolat de tilleul. Q. S. pour	180 cent. cubes

A prendre par cuillerées à soupe, toutes les deux heures.

On peut aussi injecter dans le rectum une des solutions suivantes, préalablement chauffées à 40 degrés :

Eau.....	100 grammes
Nitrate d'argent..	1 gramme

Ou :

Eau.....	100 grammes
Antipyrine.....	5 grammes

Les pommades à la chrysarobine sont également recommandables. On peut prescrire :

Chrysarobine.....	1 gramme
Iodoforme.....	0,30 centigr.
Extrait de belladone.....	60 centigr.
Lanoline.....	5 grammes
Vaseline.....	15 grammes

Si les hémorroïdes résistent au traitement médical, on interviendra chirurgicalement (dilatation de l'anus, ablation des tumeurs hémorroïdaires au bistouri), ou encore on injectera, selon le procédé de M. Roux (de Lausanne), dans chaque hémorroïde, deux gouttes de glycérine phéniquée à 60 p. 100. Il en résulte une réaction violente suivie de la régression du mal.

PIERRE SÉE.

Traitement de l'artério-sclérose et de l'hypertension artérielle par la haute fréquence, par LELOUTRE (*Ann. méd. chir. du Centre*, 14 avril 1907). — Les courants de haute fréquence ont toujours une action puissante sur l'organisme, mais cette action diffère du tout au tout, suivant la façon dont on les emploie, de sorte qu'on a pu dire qu'ils sont le régulateur idéal de la pression sanguine, car, grâce à eux, on peut tour à tour et rapidement abaisser ou relever la tension artérielle. Deux procédés seuls sont hypotensifs et, par suite, employés contre l'hypertension artérielle et l'artério-sclérose : ce sont la condensation et l'auto-conduction ou d'arsonvalisation proprement dite. Ce dernier procédé donne les meilleurs résultats. L'auteur donne quatre observations, dans lesquelles les malades ont vu, dans quelques séances, baisser leur tension artérielle de plusieurs centimètres. Outre cette amélioration objective, sensible seulement par le manomètre et le doigt, tous, à la fin du traitement ou bien après, se sont trouvés sensiblement améliorés. Il est difficile de dire quelle

sera la durée de cette amélioration; en tout cas, elle est toujours beaucoup plus longue que celle obtenue par d'autres traitements. Dans un cas elle a duré quatre mois, jusqu'à l'ultime accès d'angine qui en était à la dernière période, lorsque le traitement fut commencé. Il est permis d'espérer que l'amélioration persistera pendant un an au moins chez les autres malades à condition qu'ils ne se livrent à aucun écart de régime.

L. JUMON.

L'hyperémie active dans le traitement de la gangrène artério-scléreuse, par ROEPKE (*Münch. med. Woch.* 2 avril 1907). — Dans un cas de gangrène artério-scléreuse du pied, dans lequel la désarticulation des orteils n'arrêta pas le processus gangréneux, l'auteur eut recours à des bains de pieds chauds, additionnés de lysol, qui eurent pour effet de produire une hyperémie du pied et de légères hémorragies de la plaie. A la suite, les pulsations revinrent dans la pédieuse, puis la plaie commença à guérir et les lésions des tissus, causées par le trouble de la nutrition locale, disparurent à part de légères paresthésies. L'auteur pense que dans ce cas l'hyperémie active souvent provoquée a joué un rôle important. Son apparition, accompagnée d'une hémorragie dans une plaie jusqu'alors exsangue, montre que la circulation s'était rétablie dans le pied. Ce mode d'hyperémisation permet de reconnaître l'état de la nutrition des tissus, mais il constitue un moyen thérapeutique utilisable dans la gangrène artério-scléreuse. L'hyperémie active répétée peut amener une amélioration dans les conditions de nutrition des tissus de manière à arrêter les progrès de la gangrène et permettre à la plaie de guérir rapidement. Depuis un an la guérison ne s'est pas démentie et le pouls a persisté dans les principales artères du pied.

L. JUMON.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Emploi de l'épileptol (acide amidoformique) dans l'épilepsie, par ROSENBERG (*Deutsche med. Zeit.* 1er avril 1907). — L'épileptol est composé d'une partie de principe actif et de deux parties d'eau distillée; les doses varient entre 45 et 160 gouttes par jour, et l'effet capital observé est un ralentissement du pouls quand on donne des hautes doses; au contraire, les doses faibles produisent une tension vasculaire plus élevée qui suffit souvent à faire avorter les accès. L'auteur a constaté qu'un abaissement de la tension est nécessaire pour permettre à un accès de se développer dans un grand nombre de cas. Dans d'autres, la tension exagérée du pouls semble jouer un rôle dans la genèse de l'affection : ce seront alors les doses élevées que l'on administrera, mais il est toujours bon de commencer par les doses faibles, et l'on sera d'autant plus prudent que l'excitabilité du sujet sera plus élevée. Chez les femmes, dont les attaques s'accumulent souvent au moment de la menstruation, on se guidera nécessairement sur ce phénomène et l'on fera porter le maximum de l'effort thérapeutique sur les époques, en se souvenant que les états d'angoisse fréquents chez la femme ne permettent pas d'administrer des doses élevées.

Il est indiqué de supprimer de temps en temps la médication pendant deux à quatre semaines, pour permettre à l'épileptol de s'éliminer : on évite ainsi les effets cumulatifs. La durée totale du traitement sera en général de un an et demi à deux ans.

E. VOGT.

Prophylaxie et traitement de la neurasthénie des tropiques, par H. FALES (*The amer. J. of the med. sc.*, avril 1907). — Certains individus doivent éviter les pays chauds : ce sont les blonds, les hommes de forte taille, à système musculaire bien développé, les prédisposés à la tuberculose, aux troubles de l'estomac et de l'intestin, les neurasthéniques, les femmes, les enfants et les vieillards. Les maladies nerveuses sont aggravées sous les tropiques, qui semblent prédisposer aux maladies mentales. Les sujets éviteront les rayons directs du soleil, dont ils se protègeront par des vêtements imperméables aux rayons actiniques. Les vêtements superficiels doivent être blancs, ceux de dessous doivent être noirs et légers. Pendant l'hiver, ils seront en flanelle pour éviter les refroidissements. La sieste de midi ne doit pas être

oubliée. On doit éviter toute activité musculaire pendant la partie la plus chaude du jour. Par contre, il est assez difficile de se mettre à l'abri de la chaleur, à moins, durant les mois d'été, de se réfugier dans les localités élevées.

L'épuisement nerveux demande une alimentation substantielle. Les sujets qui habitent le tropique ont besoin de plus de viande que dans les climats tempérés, du moins d'après l'auteur. Mais il faut éviter l'infection intestinale et préparer aseptiquement les aliments. Les légumes verts de toute sorte sont dangereux : il en est presque de même des fruits. L'eau de boisson doit être bouillie, même lorsqu'elle a été distillée, car on a vu la dysenterie ambienne suivre son usage.

On doit éviter les longues heures de travail sous les tropiques.

Le travail mental est plus fatigant que dans les pays tempérés.

Le principal élément du traitement est le changement de climat.

L. Jumon.

Traitement de la talalgie par les courants de haute fréquence, par de Nobele (*Journ. de physiothérapie*, 15 avril 1907). — L'auteur a observé 5 malades qu'il a traités par les effluves les plus puissantes dirigées sur le talon pendant dix minutes à peu près : on terminait la séance par l'application d'étincelles du monopolaire. Le nombre de séances nécessaires pour faire disparaître complètement et définitivement la talalgie a été d'une vingtaine au maximum.

E. Vogt.

La ponction vertébrale : méthode thérapeutique ou thérapeutique intra-rachidienne, par le Dr Francisco Acevedo (*Revista de Especialidades*, décembre 1906). — Les trois procédés qui constituent la méthode sont d'une importance et utilité indéniables. Pour le premier procédé, rachi-anesthésique ou de Carning-Bier, il est nécessaire de faire une étude expérimentale approfondie dont sortira le véritable et définitif procédé.

Quant au second, ou ponction lombaire, il faut avouer que c'est le moins parfait et son étude doit être plus approfondie encore. Cependant, son utilité est indéniable, ne serait-ce que pour les résultats obtenus dans les affections auriculaires et l'hémorragie méningée du nouveau-né.

Le troisième procédé, ou épidural de Cathelin, est le plus important des trois par son innocuité et son utilité. Les injections épidurales sont d'un grand secours pour les maladies des voies urinaires.

F. Berini.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

Le traitement prolongé des suppurations de l'oreille moyenne, par Blake (*Arch. intern. de laryng.*, mars 1907). — Le terme prolongé s'applique aux suppurations de longue durée entrecoupées de périodes de rémissions plus ou moins prolongées. Les lésions morbides varient avec chaque individu ; aussi les modes de traitement doivent-ils être appropriés à chaque cas.

Il faut d'abord établir un drainage suffisant, enlever les parties malades, puis surveiller la cicatrisation, enfin rétablir ou améliorer l'audition.

La première étape comprend la paracentèse, le débridement des synéchies de la caisse, le curettage et le lavage de la caisse ; la deuxième, le curettage des surfaces osseuses nécrosées, le nettoyage à sec, les cautérisations des bourgeons charnus qui sont inutiles à la réparation.

La suppuration peut être ininterrompue depuis l'enfance ou avoir présenté une longue rémission suivie d'une rechute ; si, dans le premier cas on peut prendre son temps, dans le deuxième, il faut parer immédiatement à cette crise aiguë greffée sur une inflammation chronique.

Les opérations qu'on peut pratiquer sont celles mentionnées plus haut et en outre la résection des osselets ou d'une partie du mur de la logette, ou l'opération plus complète de la cure radicale.

Dans le traitement à instituer pour chaque cas, on se rappellera que l'étrier et la fenêtre ovale tiennent la clef de l'audition et l'autre la clef des complications mortelles possibles.

On ne négligera pas de tenir compte des symptômes, en apparence, secondaires, comme d'une gêne ressentie, par le malade, dans la région de l'oreille.

Après incision ou excision du tympan, on peut constater, avec le stylet, que la sensibilité est la moins accusée sur le trajet de la chaîne des osselets et qu'elle est à son maximum dans la région de la trompe, de l'attique et de l'antrum.

La présence de croûtes ou de débris épidermiques dans la région de l'attique est une cause fréquente de gène vague; le défaut de mobilité de l'étrier est une cause de vertiges que la compression intra-labyrinthique augmente encore.

Il suffit alors de ramollir les croûtes et de les enlever pour soulager le malade et de libérer l'étrier pour diminuer le vertige et améliorer l'audition.

Quand la nécrose a atteint gravement le marteau et l'enclume il faut les enlever : il faut surveiller le mur de la logette qui se nécrose aussi fréquemment et qu'on peut être dans l'obligation de réséquer.

Si l'étrier est immobilisé par des adhérences, il est nécessaire en général de faire une incision profonde autour de la platine pour le libérer et de couper le tendon de son muscle ; dans certains cas, la dernière intervention sera suffisante.

Le tympan artificiel formé de coton vaseliné sera placé par le malade qui jugera mieux du point où il doit être posé pour obtenir la meilleure audition ; le médecin jugera si le séjour de ce corps étranger n'a pas d'effets nuisibles.

Le port du tympan artificiel provoque une accumulation de débris épidermiques dont le siège habituel est l'attique ; le malade éprouve alors de la gène et une diminution de l'ouïe ; un bon curettage et le lavage de l'attique remettent les choses en l'état antérieur.

Lorsque la mobilisation de l'étrier est assurée, on peut cesser l'usage du tympan artificiel.

On obtient quelquefois le même résultat dans les cas d'adhérence du tympan par la mobilisation et l'épidermisation combinées.

A. Courtade.

Sur l'emploi de l'électricité sur l'oreille, par Herschel (*Münch. med. Woch.*, 2 avril 1907). — L'électricité est appliquée sur l'oreille sous forme de courants faradiques, galvaniques, de Franklin, puis dans un but galvanocaustique, enfin on emploie l'électrolyse et la cataphorèse. Laissant de côté le résumé que donne l'auteur des travaux antérieurs, il a constaté par lui-même que le courant d'induction peut donner de bons résultats dans les otalgies et les bourdonnements d'oreilles. Mais ces résultats sont meilleurs avec le courant faradique dans les cas de névralgie de l'oreille, de bourdonnement et de surdité. Mais il a renoncé à rétablir la formule normale de Brenner à cause de l'intensité du courant nécessaire et surtout de son action sur l'encéphale ; d'ailleurs cela n'est pas nécessaire pour le traitement. L'auteur s'est servi ici d'électrodes placées l'une sur l'oreille, l'autre sur la nuque et de chaque côté du cou.

La franklinisation a été recommandée surtout par Benedikt, qui la considère comme le moyen le plus efficace contre la surdité et les bourdonnements. L'auteur signale encore, pour mettre en garde les confrères, plusieurs appareils soi-disant électriques, comme les lunettes du sourd, etc. qui sont lancés dans le public à grands renforts de réclame.

Il insiste surtout sur l'importance de la galvanisation de l'oreille, sur la valeur de laquelle on ne peut encore se faire une opinion définitive. D'une façon générale le traitement doit être essayé lorsque les autres mesures thérapeutiques ont échoué. On pourrait d'ailleurs compter d'autant plus sur un résultat que le traitement serait institué plus tôt : il ne faudrait donc pas trop attendre, surtout dans les cas où il y a une hérédité.

L. Jumon.

Traitement de l'eczéma chronique du pavillon et de la région auriculaire, par Bonnes (*Arch. intern. de laryng.*, mars 1907). — Il est des eczémas chroniques de la région auriculaire qui, suivant l'auteur, résistent à tout traitement interne ou externe.

Contre ces cas rebelles, M. Bonnes a employé un mode de traitement qui a parfaitement réussi dans les deux cas où il l'a expérimenté.

Ce traitement consiste à faire, dans toute la région envahie par l'eczéma chronique, surtout à la période de suintement, des badigeonnages avec l'alcool à 70° saturé d'acide borique. On fait ainsi 1 ou 2 badigeonnages par jour, suivant la tolérance du sujet. L'alcool ferme les fissures et cicatrise les surfaces excoriées; on facilite la desquamation par des applications de glycérine pure. Il faut avoir soin de détacher les

squames avec une pince avant de badigeonner à nouveau.

Le badigeonnage d'alcool boriqué donne lieu à une sensation de chaleur et de cuisson; la glycérine fait disparaître la sensation de gêne et de tension.

Ce traitement n'est guère applicable au conduit auditif à cause des douleurs assez vives qu'il provoque; on lui préférera les pommades à l'oxyde de zinc.

Une dame de quarante-cinq ans est atteinte, depuis huit mois, d'un eczéma de l'oreille et du sillon rétro-auriculaire; les parois du conduit auditif sont tuméfiées, excoriées et obstruent la lumière du conduit. L'auteur, après un nettoyage à sec, fait appliquer la pommade sur toute la surface eczémateuse et prescrit un traitement interne; au bout de deux semaines le conduit auditif est guéri, mais le pavillon et la région rétro-auriculaire restent dans le même état; divers traitements sont essayés, pendant un mois, mais sans résultat. On essaye alors l'alcool à 90°; dès le lendemain il y avait amélioration: mais la cuisson étant très vive, l'auteur a recours à l'alcool à 70°. Au bout de trois semaines de traitement il ne restait plus que quelques pellicules furfuracées au lobule.

Dans le deuxième cas il s'agit d'un confrère de soixante-dix ans atteint d'eczéma aux oreilles qui dure depuis six mois. L'alcool boriqué à 70° suivi, une heure après l'application, d'un badigeonnage à la glycérine pure produit une amélioration considérable. Après vingt-cinq jours de traitement, l'eczéma a presque disparu; de temps en temps il survient des poussées légères d'eczéma que le traitement à l'alcool soulage et améliore aussitôt.

A. Courtade.

Ophtalmologie.

Dr DARIER

Ex-Président de la Société d'Ophtalmologie.

Traitement des conjonctivites par le chlorate de potasse, par Koster (*Zeitsch. f. Augenheilk.*). — L'auteur recommande, pour le traitement des affections de la conjonctive et de la cornée, une solution de *chlorate de potasse* à 3 p. 100 en lavages et en instillations (astringent, désinfectant, peu irritant).

A. Darier.

Méthode pour déterminer *a priori* le résultat optique du tatouage, par Menacho (de Barcelone) (*Arch. de oftal. hisp. amer.* août 1906). — L'auteur ne s'occupe que du tatouage optique et non pas du tatouage esthétique; après anesthésie locale, il place le blépharostat et couvre l'infiltration qu'il se propose de tatouer avec une pâte d'encre de Chine assez homogène et assez forte pour qu'elle adhère à la cornée, en ayant soin de bien circonscrire les bords, et il prend de nouveau l'acuité visuelle. Si l'acuité visuelle est augmentée, il fait le tatouage de la cornée et s'abstient de le faire si l'acuité visuelle reste ce qu'elle était.

A. Darier.

L'alipine en thérapeutique oculaire, par le Dr Menacho (de Barcelone) (*Arch. de oftal. hisp. amer.*, septembre 1906). — L'alipine est supérieure à la cocaïne pour calmer la douleur et faire de petites opérations quand on veut éviter la mydriase. L'alipine et la cocaïne se valent pour les opérations sur le globe oculaire ou quand on doit pénétrer dans la chambre antérieure, quand l'intervention chirurgicale nécessite la section de l'iris et en général toutes les fois que l'on doit toucher aux tissus intra-oculaires, Menacho emploie la cocaïne pour éviter les ennuis et les difficultés qui proviennent d'hémorragies. La toxicité de l'alipine est un peu supérieure à la toxicité de la cocaïne.

A. Darier.

Un anesthésique oculaire nouveau, par Castsesana (Madrid) (*Arch de oftal hisp. amer.*, septembre 1906). — L'expérience de l'auteur lui permet de conclure que l'alipine est un anesthésique local plus énergique que la cocaïne. On peut l'employer avec avantage dans tous les cas où l'on emploie comme anesthésiques les solutions de stovaïne ou de cocaïne.

L'alipine a une réaction neutre; elle est soluble dans l'eau, n'altère pas l'épithélium cornéen, ne provoque ni mydriase, ni trouble de l'accommodation, a sur la cocaïne l'avantage de n'être point toxique, et

il est probable que son usage se répandra vite dans les spécialités qui dépendent de la chirurgie générale.

A. Darier.

Névrite optique post-scarlatineuse, traitement, par Moissonnier (*Province médicale*, 27 avril 1907). — Après avoir étudié sur plusieurs cas les caractères spéciaux de cette névrite toxique, l'auteur aborde le traitement. Deux indications se présentent : supprimer le plus tôt possible la compression du nerf optique et aider à l'élimination rapide des toxines en dehors de l'organisme. Il faut d'abord tenter la ponction lombaire, parce qu'elle diminue la tension du liquide céphalorachidien et facilite l'écoulement de la sérosité qui entoure le nerf optique, pourvu que le canal optique ne soit pas complètement obstrué par la périnévrite. La ponction montrera s'il y a présence ou absence de leucocytose et aidera au diagnostic, en confirmant ou en infirmant la présence de méningite concomitante.

On aidera à l'élimination des toxines par un médication générale. La pilocarpine est parfois utile, mais il faut se défier de son action déprimante, surtout lorsqu'on s'adresse à des organismes convalescents ou débilités.

Il sera préférable de désinfecter l'intestin, d'augmenter la diurèse par le régime lacté et la lactose et de s'adresser aux injections de sérum artificiel pour augmenter les échanges nutritifs. Peut-être pourra-t-on compter plus tard sur la sérothérapie. On voit que le traitement doit être surtout général.

L. Jumon.

Maladies vénériennes. — Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE,
Médecin des hôpitaux.

Le traitement précoce de la syphilis, par Thalmann (*Münch. med. Woch.*, 26 mars 1907). — L'auteur est d'avis qu'il n'y a qu'une méthode rationnelle de traitement de la syphilis, c'est le traitement précoce. Celui-ci consiste dans l'injection sous le chancre d'une solution de sublimé avant même l'apparition des accidents secondaire et dès que le diagnostic est établi. En même temps le malade est soumis au traitement par les frictions mercurielles. Le résultat est de retarder pendant très longtemps au moins l'apparition des accidents secondaires. D'un autre côté, ceux-ci feraient constamment défaut sur les organes génitaux lorsqu'on pratique les injections de sublimé sous le chancre.

L'auteur s'élève contre la pratique de certains dermatologistes qui donnent de l'iodure de potassium à la fin du traitement mercuriel pour éliminer le mercure. Il faut, au contraire, laisser séjourner le mercure aussi longtemps que possible dans l'organisme, afin de retarder les récidives. 30 p. 100 des malades ainsi traités n'ont présenté aucun phénomène général pendant plus de six mois et chez les autres la syphilis secondaire s'est localisée à un ou plusieurs foyers.

L. Jumon.

Le traitement spécifique de la paralysie générale, par J. Roux (*Soc. des sc. méd. de Saint-Etienne, La Province médicale*, 20 avril 1907). — Au congrès de Lisbonne, le prof. Raymond avait déclaré qu'à son avis le mercure était inutile et dangereux dans la paralysie générale. Plusieurs médecins se prononcèrent dans le même sens. Néanmoins J. Roux se déclare nettement partisan du traitement spécifique. Il reconnaît cependant que sous l'influence de la poussée fébrile provoquée par l'injection de calomel, il peut survenir une aggravation, au moins momentanée, de la paralysie générale : mais ces accidents, imputables au traitement spécifique, ne doivent pas faire abandonner celui-ci, car il est possible de les rendre inoffensifs. Il suffit pour cela de se conformer aux deux règles suivantes : ne pas commencer le traitement au cours d'une poussée aiguë, ou bien d'une affection aiguë intercurrente ; tâter la susceptibilité du malade par des doses très faibles. Lorsque l'examen complet du malade, l'interrogatoire de l'entourage, l'examen des urines, l'observation du malade et de la courbe thermique pendant quelques jours ont permis d'éliminer l'existence d'une poussée ou d'une infection intermitente, l'auteur fait une injection de 0,02 à 0,03 centigr. de calomel et observe rigoureusement le malade ; huit jours après, nouvelle injection plus forte, si la première a été bien tolérée. S'il survient des phénomènes aigus, on les

laisse se dissiper avant de faire la deuxième injection; enfin on abandonne le traitement si les phénomènes réactionnels continuent. Au contraire, si le traitement est bien toléré, les doses sont augmentées progressivement jusqu'à 0,05 et 0,07 par semaine.

Le traitement ne doit pas être appliqué à tous les paralytiques généraux; il est inutile dans la période de démence. Lorsque la maladie est au début, mais que le malade présente des signes avérés de la maladie tels que le tremblement des mains et de l'écriture, de la langue et de la parole, le traitement n'amènera pas la guérison, mais il ralentira l'évolution de la maladie. Mais il est des cas où l'on serait criminel de ne pas avoir appliqué le traitement spécifique, car on guérit des malades chez lesquels on avait à tort ou à raison diagnostiqué la paralysie générale. En pratique, la situation est la suivante : on se trouve en présence d'un ancien syphilitique, qui présente des ictères, des céphalées, des paralysies, du délire, une diminution de toutes les facultés, de la dysurie, bref tous les signes qui sont communs à la paralysie générale et à la syphilis cérébrale. Aucun ne permet de trancher la question. Dans ce cas, aucune hésitation, il faut appliquer le traitement spécifique. Des malades ont ainsi guéri, chez lesquels on redoutait une paralysie générale. Dans les cas douteux, facilement étiquetés neurasthénie, l'auteur pratique la ponction lombaire; si elle est négative, on rassure le malade, qui guérira; si on trouve de la lymphocytose, il faut imposer un traitement extrêmement énergique et prolongé par les injections de calomel.

L. Jumon.

Traitement de la maladie de Paget (du mamelon et cutanée) par la radiothérapie, par Belot (*Arch. d'électr. médicale*, 25 avril 1907). — On sait que cette affection de longue durée se termine par l'épithéliomisation : la thérapeutique est habituellement impuissante à l'enrayer.

L'auteur dispose de deux observations où la guérison fut obtenue par lui : dans l'un le stade eczématique était dépassé (rétraction du mamelon, infiltration de la glande). En trois mois, l'affection régressa et se cicatrisa; la lésion avait débuté quatre à cinq ans auparavant. La guérison se maintient depuis sept mois.

Le résultat fut le même dans un cas moins avancé, ayant pour siège la pointe de l'omoplate ; la guérison date de treize mois.

On s'explique aisément ces succès, car la maladie de Paget revêt un ensemble de caractères des plus favorables à l'action curative des radiations; son évolution est d'une lenteur extrême : de plus elle se limite au début à l'épiderme de revêtement et les cellules malades absorbent avec la plus grande facilité la dose destructive.

Il faut éviter toute réaction inflammatoire en cours de traitement.

Comme pansements locaux, l'auteur préconise les cataplasmes de fécule de pomme de terre.

E. Vogt.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL,

Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité.

L'opération de la ventro-suspension de l'utérus, par Beyea (*American medicine*, mars 1907). — L'auteur, dans cette revue générale, fait remarquer que les complications qui peuvent survenir pendant la grossesse et le travail chez les femmes opérées tiennent à la ventrofixation et non à la ventrosuspension. Il n'existe pas de preuve que celle-ci ait causé de sérieuses complications pendant le travail. L'iléus est une complication extrêmement rare : il est dû surtout à une faute de technique. Quant aux récidives de rétroversions, elles se produiraient durant la convalescence immédiate ou aussitôt après. Aussi l'auteur recommande-t il, dans certains cas, d'appliquer pendant la convalescence un pessaire lorsque les malades sont atteintes de bronchite ou de pneumonie ou lorsque la rétroversion est congénitale et que l'utérus est volumineux. Ce pessaire est porté pendant deux mois. Sur 500 cas que l'auteur a opérés, il y a eu 42 grossesses et dans aucun cas des complications. La ventrosuspension est l'opération la plus sûre, la plus simple et adaptable à toutes les formes de rétroversion et de rétroflexion. Les autres opérations, portant sur les ligaments ronds ou les méthodes intra-abdominales sont plus

compliquées sans donner plus de résultat que la suspension et la récidive est plus fréquente.

L. Jumon.

Sur l'opération d'Alexander-Adam, par F. Spaeth (*Münch. med. Woch.*, 26 mars 1907). — L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes : La rétroversion ou rétroflexion de l'utérus mobile, lorsqu'elle entraîne des troubles, la stérilité ou des symptômes, doit être l'objet d'un traitement qui est opératoire lorsque le traitement par les pessaires échoue ou n'est pas indiqué.

L'opération de choix est celle d'Alexander-Adam modifiée, parce qu'elle est facile à exécuter, qu'elle n'est pas dangereuse, qu'elle est certaine dans ses résultats, et enfin qu'elle n'entraîne pas de trouble de l'accouchement.

Dans l'exécution de l'opération il est recommandé de fendre le canal inguinal, de raccourcir les ligaments de 8 à 10 centimètres, de les fixer et de suturer le canal inguinal avec une matière non resorbable. Au-dessus on suture au catgut le fascia superficiel en comprenant l'aponévrose du muscle oblique externe : on réunit la peau avec des agrafes de Michel.

L. Jumon.

Cinquante laparotomies pour pyosalpinx sans cas de mort, par Ch. Mogirk (*Amer. medicine*, mars 1907). — Après avoir donné ses observations, l'auteur expose sa conduite dans les cas de pyosalpinx. A son entrée, la malade prend un grand bain, puis se met au lit. Le champ opératoire est minutieusement désinfecté surtout autour de l'ombilic. Puis on laisse en place des compresses de sublimé. La veille de l'opération la malade prend du sulfate de magnésie et avant de dormir un verre de lait seulement. Six heures avant l'opération, lavement d'eau et de savon, qu'on renouvelle au bout de deux heures. Injection vaginale de lysol deux heures avant l'opération, évacuation de la vessie immédiatement avant l'anesthésie (éther). On recommence le brossage antiseptique sur la table d'opération.

Le chirurgien et ses aides étant prêts, l'abdomen est ouvert par une incision de deux pouces sur la ligne médiane, incision qui est agrandie en cas d'adhérences épaisses. De grandes précautions doivent être prises en rompant les adhérences, de manière à enlever le pyosalpinx intact en évitant l'écoulement de pus dans la cavité abdominale. La ligature est faite avec de la soie le plus près possible de la corne utérine. Le ligament large qui a été divisé est suturé avec de la soie ou du catgut. Le drainage n'est fait que dans les cas suspects ou lorsque la trompe a été ouverte. Dans ce cas un lavage de la cavité abdominale est fait avec la solution saline. Comme drainage l'auteur préfère la gaze. Avant de quitter la salle d'opération la malade reçoit une injection de 1 centigramme et demi de morphine. Si, au bout de huit heures, il n'est pas survenu de vomissement, la malade prend 6 milligrammes de calomel toutes les heures pendant dix heures, puis, quatre heures après, 8 grammes de sulfate de magnésie.

L. Jumon.

Deux cas d'infection puerpérale traités par injections intra-veineuses de collargol, par le Dr Baros (*Revue médicale de l'Est*, avril 1907). — L'auteur donne deux observations personnelles d'infection puerpérale grave, où tout autre moyen thérapeutique avait échoué. Les résultats des injections intra-veineuses de collargol ont donné ici des résultats surprenants. De l'avis de l'auteur, de toutes les médications employées jusqu'ici pour le traitement des infections puerpérales, l'usage du collargol en injections intra-veineuses semble devoir être le traitement de choix, puisque, chez les deux accouchées infectées, dont l'état était devenu alarmant, le collargol a produit en 48 heures un changement de tableau complet et une disparition absolue des symptômes alarmants.

Cependant, l'emploi du collargol en injections intra-veineuses donne lieu à une série de réactions plus ou moins violentes. On note ainsi une recrudescence très forte de la température, précédée ou non de frissons, se manifestant soit après deux injections, soit à la suite de chaque injection. La température peut monter à 40°, 41° et le pouls à 140. Mais la fièvre et le pouls tombent rapidement en deux ou trois jours pour revenir à la normale et s'y maintenir. Le pouls peut demeurer fréquent pendant un certain temps. Dans une des deux observations les symptômes de réaction furent excessivement graves : frissons violents, fièvre intense, rougeur diffuse de tout le corps, pouls mauvais, selles fétides surabondantes,

contracture des muscles de la nuque, des mâchoires et des membres, à tel point qu'ils simulaient une crise aiguë de tétanos. Mais cette réaction intense est loin d'être constante.

L'injection amène une sensation de bien-être, la disparition de la soif, de la sueur, de l'oppression et de tous les phénomènes douloureux et pénibles et un retour rapide des forces. Les lochies se transforment rapidement en deux ou trois jours; de fétides, purulentes, verdâtres, elles peuvent devenir rosées, filantes, transparentes et inodores ou bien prendre l'aspect noirâtre du collargol. Elles se tarissent en quelques jours. Enfin, un autre fait clinique, qui peut se produire, est la paralysie douloureuse qui peut atteindre toutes les masses musculaires principales du corps; ces phénomènes disparaissent complètement en huit ou dix jours.

Dans les deux cas, l'auteur a agi dans la veine médiane céphalique et dans une veine de la face dorsale du poignet. Deux injections ont été faites dans chaque cas à un et deux jours d'intervalle; la dose a été chaque fois de 4 centimètres cubes d'une solution à 1 %.

L. Jumon.

Les hématuries de la grossesse, par Vitoux (Thèse Paris 1907). — Les hématuries gravidiques sont tantôt d'origine rénale, tantôt d'origine vésicale. D'une façon générale elles sont rares, l'auteur n'a pu en réunir que 21 observations.

Les hématuries rénales peuvent apparaître à n'importe quelle date de la grossesse, même pendant l'allaitement (un cas), mais plus souvent entre le quatrième et le sixième mois. Le sang est généralement très abondant, quelquefois même en caillots ; la durée est variable et peut persister pendant des mois, d'une façon continue ou intermittente. Il peut y avoir en même temps des signes de cystite, et de l'hypermégalie rénale. Le pronostic est variable : il peut être grave par l'abondance de l'hémorragie. Il semble que la compression des vaisseaux par l'utérus gravide soit insuffisante à expliquer ces hémorragies : il faut admettre que leur apparition est reliée à une insuffisance hépatico-rénale; il s'agirait d'une hépato-toxémie. Le traitement consiste dans l'expectation si l'hématurie est légère ; il peut être indiqué dans certains cas de provoquer l'accouchement pour décomprimer les vaisseaux (Chiaventone) ; l'auteur croit qu'il vaudrait mieux recourir à la néphrotomie et à la décapsulation sans interrompre la grossesse.

Les hématuries vésicales sont plus rares que les précédentes : elles sont presque toujours dues à la rupture de varices vésicales, comme l'ont montré plusieurs examens cystoscopiques. La cause occasionnelle est souvent un traumatisme ou un effort ; l'hémorragie variqueuse peut être liée aussi comme précédemment à l'hépato-toxémie. Le traitement ne deviendra actif que lorsque l'hémorragie sera inquiétante : on pratiquera d'abord l'aspiration des caillots : si ce moyen échoue on fera la taille hypogastrique pour faire l'hémostase sur le point qui saigne.

M. Deschamps.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de la gastro-entérite infantile, par M. Paul Gallois (*Journal de méd. de Paris*, n° 6, 10 février 1907, p. 48). — La gastro-entérite qui se produit au moment du sevrage est presque toujours due à la suralimentation lactée ; aussi le régime sec, appliqué un ou deux jours, fait-il cesser presque toujours les vomissements et la diarrhée.

On doit, d'après M. Paul Gallois, régler l'alimentation de la manière suivante :

Le matin, un jaune d'œuf battu avec du sucre et 60 à 100 grammes de lait et d'eau ;

A dix heures, un ou deux gâteaux secs (genre petit-beurre) ;

A midi, une cuillerée à soupe de fromage à la crème battu avec du sucre et du lait ;

A quatre heures, un ou deux gâteaux secs ;

A sept heures, une bouillie faite avec 100 ou 150 grammes de lait.

Si, malgré ce régime, la diarrhée persiste, on donnera, après chaque prise d'aliments, une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Julep gommeux.....	100 grammes
Salicylate de bismuth...	2 grammes

Benzonaphtol.....	1 gr. 20
Eau de fleurs d'oranger..	10 gr.
Sirop de coings.....	15 gr.

Le régime sec donne également de bons résultats chez les nourrissons dont la gastro-entérite est secondaire à la suralimentation lactée. C'est ainsi que l'auteur a pu arrêter des diarrhées rebelles à la diète hydrique en ordonnant sept petits repas formés d'une cuillerée à café de petit-suisse battu avec une cuillerée de lait sucré. Dès que les symptômes d'entérite auront disparu, on reviendra à une alimentation normale, en remplaçant successivement un ou plusieurs des repas par un biberon contenant 40 grammes de lait.

Le régime sec, d'après M. Paul Gallois, aurait sur la diète hydrique un double avantage :

1° Il alimente les malades tandis que la diète hydrique est un régime d'inanition.

2° Il permet un retour plus facile à une alimentation normale.

PIERRE SÉE.

Contre la diarrhée infantile, d'après M. MARFAN (*Journ. de méd. de Paris* n° 12, 24 mars 1907, p. 108). — Après vingt-quatre ou quarante-huit heures de diète hydrique, donner une cuillerée à café, avant chaque tétée, de la potion :

Racine de colombo.....	1 gramme.
Eau bouillante.....	100 —

Passer et ajouter :

Sous-nitrate de bismuth...	4 grammes.
Sirop de fleur d'oranger...	20 —

PIERRE SÉE.

Le petit-lait au vin blanc dans l'alimentation des nourrissons, (*Semaine médicale*, n° 3, 16 janvier 1907, p. 34). — Lorsque les nourrissons ne supportent pas le lait, on le remplace dans certains cas par du petit-lait. Mais ce dernier est peu stimulant, et sa valeur nutritive est faible ; aussi, deux médecins anglais, MM. G. Still (de Londres) et B. E. Myers ont-ils préconisé l'emploi du petit-lait au vin blanc, qu'on prépare de la manière suivante : on porte 300 grammes de lait à l'ébullition, on y ajoute 75 grammes de vin blanc titrant 14 degrés d'alcool, puis on chauffe le mélange jusqu'à ce qu'il se produise une nouvelle ébullition. On retire alors du feu le liquide qu'on laisse reposer trois minutes et qu'on filtre à travers une compresse de mousseline. On obtient ainsi une boisson agréable et tonique, dont on donnera au nourrisson, selon son âge et son état, 20 à 60 grammes toutes les deux heures. Les enfants au-dessous de six mois prendront cette quantité par doses fractionnées ; les enfants plus âgés pourront l'ingérer en une fois.

L'alimentation exclusive par le petit-lait au vin blanc sera, en général, donnée pendant deux ou trois jours, et ne devra jamais être prolongée plus d'une semaine. Dès que l'état du malade le permettra, on reviendra à une alimentation normale, en remplaçant progressivement le petit-lait au vin blanc par du lait.

PIERRE SÉE.

Scorbut infantile, par M. COMBY (*Soc. médicale hôp.*, 11 janvier 1907). — M. Comby cite une observation de scorbut infantile. La maladie était due à l'absorption de lait stérilisé industriel ; elle disparut lorsqu'on le remplaça par du lait frais.

PIERRE SÉE.

Vomissements cycliques de l'enfance, par M. AUBRY (*Tribune méd.*, n° 7, 16 février 1907, p. 102). — Les vomissements cycliques de l'enfance, étudiés par plusieurs médecins américains, ont été décrits, en France, par MM. Comby, Solélis et Marfan. Les vomissements, dans cette affection, surviennent tantôt en pleine santé, tantôt après des prodromes vagues (constipation, malaise, lassitude), qui durent quelques heures. On constate une odeur acétonique de l'haleine, de l'acétonurie, des troubles digestifs (inappétence), de la dilatation d'estomac et de l'hépatomégalie. L'accès dure quelques heures dans les formes bénignes. Dans les formes graves, il peut se prolonger et s'accompagner de fièvre, de troubles nerveux et d'amaigrissement.

La cause de ce syndrome a été très discutée. L'affection frappe surtout les enfants dyspeptiques et neuro-arthritiques ; mais c'est là une notion étiologique trop vague. Certains auteurs estiment que les vomissements seraient d'origine gastrique, qu'il s'agisse d'une lésion de l'estomac, d'un trouble secrétoire ou d'une névrose. Pour d'autres, M. Ausset en particulier, les vomissements seraient la conséquence de troubles gastro-intestinaux (constipation,

entérite muco-membraneuse). La plupart des auteurs considèrent, avec le Pr Gilbert et M. Lereboullet, l'affection comme d'origine hépatique, c'est-à-dire comme liée à des auto-intoxications dues soit à des leucomaïnes associées à l'acide urique, soit à l'acide diacétique. MM. Richardière et Marfan partagent cette opinion. Le Pr V. Hutinel estime que le syndrome est dû à des causes multiples pouvant, suivant les cas, s'associer.

Le traitement comprend deux indications : il faut calmer les crises, et, d'autre part, en empêcher le retour.

Contre les crises, on emploie la diète hydrique (Marfan) et les alcalins (magnésie calcinée, bicarbonate de soude) qu'on donne d'une manière continue.

Dans l'intervalle des accès, on prescrit le repos, la vie au grand air, l'hydrothérapie, les frictions sèches, et un régime alimentaire dont on bannit les viandes, les crudités, les épices, les boissons excitantes. Enfin il faut veiller au bon fonctionnement de l'appareil gastro-intestinal.

PIERRE SÉE.

Traitement des affections valvulaires chroniques chez les enfants, par E. CORNWALL (*Merck's Archives*, mars 1907). — Il est difficile de donner une règle générale pour le traitement des affections valvulaires chroniques chez les enfants, parce qu'il y a beaucoup de variétés dans les cas. Cependant on devra se guider sur un diagnostic exact de la lésion valvulaire, sur l'état du myocarde, en ce qui concerne sa fonction et sa nutrition, enfin sur l'idiosyncrasie du malade et le milieu dans lequel il se trouve.

Le succès du traitement dépend largement du traitement général. Il est utile d'exposer aux parents la nature de la maladie, ce qu'on doit attendre d'un traitement bien dirigé et les dangers auxquels on expose l'enfant en n'observant pas rigoureusement certaines prescriptions.

Le repos au lit est souvent un traitement de la plus grande valeur, il devient obligatoire lorsque la compensation est rompue et doit être prolongé au moins un mois après la disparition complète de tous les troubles circulatoires. La compensation étant rétablie, il faudra fixer la somme et la nature des exercices que l'enfant peut faire. Dans les premiers temps les promenades sur un terrain plat seront seules permises. Mais si la compensation s'est maintenue longtemps, on peut permettre d'abord de petits exercices de gymnastique, la bicyclette sur route plate, mais on proscrira la course, la natation, les jeux athlétiques.

Le malade doit être protégé contre toute cause d'excitation nerveuse et ne fréquentera pas l'école un an au moins après la disparition des troubles d'insuffisance cardiaque.

La vigilance est particulièrement nécessaire à l'époque de la puberté.

Les stimulants cardiaques ne doivent pas être donnés si le repos au lit est suffisant pour rétablir la fonction cardiaque. Après la compensation, ils sont plus nuisibles qu'utiles. On ne doit pas les prescrire pour rétablir la compensation sans tenir l'enfant absolument au lit. Enfin la dose doit être proportionnée à la capacité du myocarde. Une dose trop élevée est nuisible et peut épuiser le muscle cardiaque ; au contraire, il faut la diminuer dans les cas graves. On commencera par de petites doses pour permettre au cœur de répondre, et souvent les effets de l'insuffisance cardiaque commenceront à se dissiper, alors qu'un traitement trop intense aurait aggravé la situation.

Dans les cas de dilatation considérable, la digitale est le remède classique, bien que le strophantus donne une grande proportion de succès. Peut-être le strophantus épuise-t-il le cœur moins rapidement que la digitale. A ces deux médicaments, on peut ajouter la strychnine, qui peut être continuée longtemps après que la compensation est rétablie : elle est d'ailleurs plutôt un adjuvant.

Les autres toniques cardiaques sont inférieurs à ces derniers. L'acétate d'ammoniaque pourra être utile comme stimulant éventuel et la morphine ou la codéïne peut être très utile pour calmer la dyspnée et la toux. Quant aux diverses complications, catarrhe gastro-intestinal, bronchite, pneumonie, leur traitement n'est que palliatif tant que l'insuffisance cardiaque persiste.

L. JUMON.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Exposition internationale d'hygiène urbaine de Lyon. — Du 12 au 19 mai prochain, se tiendra, à Lyon, une exposition internationale d'hygiène urbaine comprenant les XI sections suivantes : I. Habitation. — II. Eaux potables. — III. Egouts. — IV. Voirie. — Bâtiments municipaux collectifs. — VI. Ecoles. — VII. Protection de l'enfance. — VIII. Hôpitaux. — IX. Désinfection. — X. Assainissement général des villes. — XI. Lutte contre les grands fléaux sociaux.

L'Exposition reçoit tout ce qui, à un titre quelconque, intéresse l'hygiène urbaine. Elle est entièrement gratuite.

Un avis spécial fera connaître aux exposants la date à laquelle ils devront commencer les travaux d'installation.

Pour tout ce qui concerne l'Exposition, écrire au professeur Jules COURMONT, Laboratoire d'hygiène, Faculté de Médecine, quai Claude-Bernard, Lyon.

V. E. M., 1907. — Le 9e *Voyage d'études médicales* organisé par le Dr CARRON DE LA CARRIÈRE, 2, rue Lincoln, Paris, aura lieu sous la direction scientifique du professeur LANDOUZY, du 1er au 12 septembre 1907.

Il comprendra les stations de l'Est et du Jura : Sermaize, Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne, Luxeuil, Bains, Plombières, Gérardmer, La Schlucht, Bussang, Le Ballon d'Alsace, Besançon, Mouillère, Salins, La Faucille, Divonne.

Le programme détaillé sera publié en mai 1907.

Procédé rapide pour prendre la température du corps humain. — Parfois on a avantage à écourter, autant que faire se peut, le premier examen médical alors, par exemple, qu'on a affaire à une série de sujets non alités, comme le fait se produit dans la pratique militaire ou rurale. Prendre la température au moyen de la thermométrie axillaire pourrait, dans ces conditions, causer une fâcheuse perte de temps.

Aussi, en pareille occurence, M. Englaender (*Münch. med. Woch.*, 19 février 1907) a-t-il recours à l'expédient que voici : il invite le malade à uriner dans un entonnoir en verre, tapissé d'un épais papier à filtrer, muni d'un orifice pour l'écoulement de l'urine dans lequel est placé un thermomètre maximum. Au bout de 10 à 12 secondes, tout au plus, soit après l'écoulement de 100 à 150 grammes de liquide urinaire, le thermomètre marque déjà la véritable température de l'urine au moment de son émission, c'est-à-dire quand elle correspond à celle du sang. Ce résultat est obtenu même à une température ambiante de 6°. (*Le Scapel*, 17 mars.)

BIBLIOGRAPHIE

Précis de pharmacologie et de matière médicale, par le professeur G. POUCHET (O. Doin, éditeur, 8, rue de l'Odéon, Paris, 1907, 1 gr. vol. in-8° 880 pages, prix : 15 francs).

Cet intéressant volume constitue le résumé de sept semestres d'un enseignement des plus instructifs déjà publié en quatre gros volumes bien connus du monde médical : *Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale*. Le praticien comme l'étudiant pourront avoir ainsi une vue d'ensemble résumant et synthétisant l'état actuel de nos connaissances en ce qui concerne l'étude de l'action pharmacodynamique des médicaments et les moyens de les bien employer.

On lira avec beaucoup de fruit les remarquables chapitres traitant des *anesthésiques* et des *analgésiques*. La cocaïne, la tropacocaïne, les eucaïnes, l'holocaïne, l'orthoforme, l'anesthésine, la nirvanine, la stovaïne sont étudiées avec beaucoup de détail. Nous regrettons de ne pas voir figurer dans cette étude l'*acoïne* ni la *dionine*. Cette dernière s'est montrée pourtant pour nous oculistes un analgésique des plus précieux. La dionine n'est étudiée par l'auteur que comme succédané de la codéine dans le traitement de la toux.

Le chapitre des *antithermiques analgésiques* : antipyrine, pyramidon, pyoctanine, phénacétine, exalgine, cryogénine, acide salicylique, benzoïque, etc., présente aussi un très vif intérêt d'actualité.

Parmi les *altérants*, l'auteur classe les alcalins, les iodures, le phosphore, l'arsenic, le fer, le mercure, les thyroïdines, etc. (Opothérapie.)

L'étude des *antiseptiques* nous fait passer en revue les phénols, thymols, naphtols, gaïacols, aristols, iodoformes, etc.

A, D.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

IIe Congrès international de Physiothérapie. — (Rome 1907). — Le IIe Congrès international de physiothérapie sera tenu à Rome, les 13, 14, 15 et 16 octobre 1907, sous le patronage de S. M. le roi d'Italie, et sous la présidence du professeur Baccelli, avec le concours des professeurs Belmondo (Padoue); Bianchi (Naples); Boeri (Naples); Bozzolo (Turin); Cacciani (Rome); Colella (Palerme); Durante (Rome); Maragliano (Gênes); Massalongo (Vérone); Morcelli (Gênes); Murri (Bologne); Tamburini (Rome); Tanzi (Florence); Tommaselli (Catane). Les fonctions de secrétaire général sont assumées par le professeur Colombo (Via Plinio I, Rome).

Des comités nationaux de propagande se sont constitués dans chaque pays. Les plus grands noms de la science médicale leur ont apporté l'appui de leur autorité, comme ils ont déjà donné à la thérapeutique physique l'appui de leur enseignement. La présence simultanée, dans les comités organisateurs, des savants chargés de l'enseignement officiel, des praticiens physiothérapeutes, semble devoir donner au prochain Congrès sa note personnelle et caractéristique. Il marquera l'union de la science et de la pratique dans un même effort et vers un but unique; la meilleure et la plus complète utilisation des moyens de thérapeutique physique, dont l'usage (ou l'abus) était autrefois trop souvent laissé aux empiriques, et dont la puissance d'action et la valeur technique, qui méritent de longues études, ne sont plus aujourd'hui contestées par personne.

Le professeur Landouzy a bien voulu se charger, sur la demande du professeur Baccelli, de grouper les initiatives françaises et de coordonner leurs efforts, en vue d'apporter un concours actif à ce prochain Congrès.

Les médecins français qui ont déjà fourni au précédent Congrès (à Liège) une contribution considérable, voudront certainement apporter au Congrès de Rome un concours digne de la science française. Dans les trois classes d'études du Congrès :

1° Electricité médicale, radiothérapie, photothérapie;

2° Hydrothérapie, climatothérapie, diététique;

3° Thérapeutique par le mouvement et orthopédie; la science française a, pour les deux premières, à soutenir son ancien renom, et, pour la troisième, à marquer les pas rapides qu'elle fait dans des études plus récentes pour elle, mais dont l'importance ne lui échappe plus.

Voici la formation du comité français qui, d'accord avec le comité romain, adresse, aujourd'hui, un pressant appel à tous ceux qui s'intéressent à la physiothérapie :

Présidents d'honneur : Professeurs d'Arsonval, Bouchard, Armand Gautier, Gariel.

Président : Professeur Landouzy.

Vice-présidents . Professeurs Bergonié (Bordeaux); Garrigou (Toulouse); Grasset (Montpellier); Lemoine (Lille); Lépine (Lyon); Spillmann (Nancy).

Secrétaires : Dr Maurice Faure (La Malou); Dr Albert Weil (Paris).

Membres du comité : Professeur Albert Robin (Paris); Dr Ballet (Paris); Dr Béclère (Paris); professeur Brissaud (Paris); professeur Arnozan (Bordeaux); Dr Carron de la Carrière (Paris); Dr Cautru (Paris); Dr Chipault (Paris); Dr Delherm (Paris); professeur Demény (Paris); Dr Desfosses (Paris); Dr Deschamps (Rennes); Dr Durand-Fardel (Vichy); professeur Gaucher (Paris); professeur Gilbert (Paris); Dr Gourdon (Bordeaux); professeur Guilloz (Nancy); Dr Heitz (Royat); Dr Huchard (Paris); professeur Imbert (Marseille); professeur Imbert (Montpellier); professeur Kirmisson (Paris); Dr Lagrange (Vichy); Dr Leredde (Paris); Dr Lucien-Graux (Paris); professeur Maygrier (Paris); Dr Mesnard (Paris); professeur Miraillé (Nantes); Dr Philippe (Paris); professeur Pitres (Bordeaux); professeur Raymond (Paris); professeur Sigalas (Bordeaux); Dr Stapfer (Paris); Dr Sollier (Paris); Dr Tissié (Pau).

Travaux. — Les langues admises sont : l'allemand, l'anglais, le français et l'italien. Tous les rapports, toutes les communications seront résumés en français. Comme au précédent Congrès, il sera organisé une exposition de produits et appareils concernant la thérapeutique physique (électricité, etc., diététique, hydrologie) ainsi que de cartes, photographies, plans, graphiques, descriptions (stations thermales, hydrothérapiques et climatiques, instituts de thérapeutique physique) et de tous ouvrages de physiothérapie.

Inscription. — Tous les docteurs en médecine peuvent être inscrits comme membres

titulaires, ainsi que les docteurs ès-sciences. Les dames et autres personnes de la famille des membres titulaires seront inscrites comme membres associées et invitées aux fêtes et réceptions officielles. Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres titulaires, et 15 francs pour les membres associés.

Adresser les adhésions au Dr Albert Weil, 21, rue d'Edimbourg, Paris.

Pour tout ce qui concerne les travaux du Congrès (rapports, communications, expositions), s'adresser au Dr Maurice Faure, 2, rue de la Bienfaisance (Paris) ou à La Malou (Hérault).

La médication primitive. — Le but qu'on poursuit en prescrivant un purgatif salin est de déterminer un catarrhe passager de la muqueuse intestinale ainsi qu'une irritation de cette membrane.

Cette double action, osmose et irritation secrétoire dont le mécanisme a été longuement étudié par Vulpian, est fort bien remplie par l'eau minérale purgative de Carabaña. Quand le médecin ne demande pas seulement à un purgatif de provoquer l'expulsion mécanique des garde-robes mais qu'il cherche encore à en obtenir un effet dépuratif avec réaction secondaire et favorable sur l'organisme, il doit avoir recours à un produit de composition bien définie, d'une minéralisation assez puissante pour agir à dose minime. L'eau de Carabaña rend sous ce rapport les plus grands services ; elle renferme des quantités considérables de sulfate de soude (101 grammes par litre), ce qui lui confère la propriété d'être purgative à la dose d'un verre à Bordeaux ; on sait d'autre part que le sel de Glauber a une action douce et tempérante, et qu'il ne provoque que *des selles froides* qui ne sont pas accompagnées de cuisson à l'anus avec ténesme (Fonssagrives), comme c'est le fait des purgatif magnésiens. Or l'eau de Carabaña ne renferme que peu de sulfate de magnésie (3 grammes par litre) ce qui contribue à lui enlever cette amertume qui rend les eaux salines si désagréables.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

EN COURS DE PUBLICATION

MANUEL D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

PAR

V. CORNIL
Professeur à la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine.

ET

L. RANVIER
Professeur au Collège de France
Membre de l'Institut et de l'Acad. de médecine.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

A. BRAULT
Médecin de l'hôpital Lariboisière,
Chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Boucicaut.

TROISIÈME ÉDITION ENTIÈREMENT REFONDUE

Vient de paraître :

Tome III, par MM. Gombault, Nageotte, A. Riche, Durante, R. Marie, Fernand Bezançon, Legry — *Système nerveux central, (cerveau et moelle épinière. — Nerfs. — Cœur et vaisseaux. — Rate. — Ganglion lymphatique. — Larynx.* 1 fort volume grand in-8° avec gravures en noir et en couleurs..... **35 fr.**

Précédemment publiés :

Tome I. par MM. Cornil, Ranvier, Brault, Fernand Bezançon, Maurice Cazin. *Généralités sur l'histologie normale. — Cellules et tissus normaux. — Généralités sur l'histologie pathologique — Altérations des cellules et des tissus. — Des inflammations. — Des tumeurs. — Notions élémentaires sur les bactéries. — Lésions des os et des tissus cartilagineux. — Anatomie pathologique des articulations. — Des altérations du tissu conjonctif. — Lésions des membranes séreuses.* — 1 fort volume grand in-8°, avec 369 grav. en noir et en couleurs..... **25 fr.**

Tome II, par MM. Durante, Jolly, Dominici, Gombault et Philippe. — *Muscles. — Sang et hématopoièse. — Cerveau. — Moelle.* 1 fort volume grand in-8°, avec 202 gravures en noir et en couleurs ..... **25 fr.**

Pour paraître en 1907 :

Tome IV, par MM. Cornil, Cristmann, Legry, Brault, Marie, Letulle, Hallé. — *Tube digestif. — Foie. — Rein et capsule surrénale. — Pancréas. — Testicule. — Bassinet. — Urètre. — Vessie. — Corps thyroïde. Thymus et corps pituitaire. — Utérus. — Mamelles. — Ovaire. — Placenta.* 1 fort volume grand in-8, avec gravures en noir et en couleur.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la prétendue nouveauté de l'appendicite ; sa fréquence. Toxicité urinaire dans cette maladie.

Par M. le professeur LANNELONGUE

Les circonstances, désormais historiques, dans lesquelles j'ai fait la connaissance de l'appendicite en décembre 1882, il y a vingt-quatre ans passés, ayant été particulièrement douloureuses pour moi, je m'étais promis alors de ne jamais parler en public de ce sujet et j'ai tenu parole jusqu'à ces dernières années. Et cependant, à une époque voisine de 1883, un président de cette Académie, M. Maurice Perrin, frappé par la lecture de l'observation de Gambetta que je venais de publier (1), vint me demander d'entreprendre avec lui des recherches expérimentales destinées à mettre en relief les altérations de l'appendice dans la typhlite et les périty phlites. Je ne pus me décider à le suivre ; c'était trop près de l'épreuve que j'avais endurée. Au surplus, de nombreuses recherches bibliographiques, de fortes réflexions provoquées par la responsabilité que j'avais encourue et par les difficultés que j'avais rencontrées autour du malade, l'observation attentive, enfin, de nouveaux faits analogues m'avaient définitivement converti aux idées actuelles.

La part du rôle de l'appendice dans la pathologie abdominale m'apparaissait très grande, et je rendais ce petit organe responsable, par ses perforations, de nombreuses péritonites généralisées, et de toutes les péritonites partielles désignées autrefois sous le nom de phlegmons de la fosse iliaque droite, typhlites et périty phlites. Aussi en parlais-je fréquemment dans mon service d'hôpital, comme dans la pratique courante. Et mon ami Dieulafoy pourrait se souvenir d'une jeune malade, que j'ai vue en consultation avec lui, qui me fournit l'occasion de lui exposer mes idées : on la soignait pour des coliques hépatiques ; elle était atteinte d'un abcès d'origine appendicitaire, qui s'ouvrit spontanément dans l'intestin. C'était en 1889 Si je ne me trompe, l'éminent clinicien de l'Hôtel-Dieu a fait du chemin depuis, car il a systématiquement pris la tête du mouvement qui a valu

(1) Blessure et maladie de Gambetta (Perforation de l'appendice iléo-cæcal) in *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 19 janvier 1883.

à l'appendicite d'être la « grande maladie abdominale », comme il l'a proclamé, non sans raison.

Je ne romps le silence, aujourd'hui, que mû par la pensée d'appeler l'attention des médecins sur un des points les plus obscurs de l'appendicite, qu'il est pourtant le plus utile d'élucider à l'heure actuelle. Il a trait au pronostic dans les formes graves de l'appendicite ; de sa connaissance résulte, suivant les cas, l'abstention ou l'intervention opératoire. On voit dès maintenant l'importance qui s'y attache. Avant de l'aborder, je désire dire quelques mots de l'excellent discours de M. Richelot (1).

Notre collègue s'est préoccupé surtout de la fréquence de l'appendicite, « fréquence, dit-il, qui nous paraît extrême aujourd'hui, mais qui, autrefois, n'était pas moindre ».

Pour justifier son opinion, M. Richelot passe successivement en revue quelques-unes des maladies dont l'appendicite aiguë ou chronique semble avoir pris la place. La psoïtis, la typhlite et la périty phlite, un certain nombre de péritonites, les étranglements internes, divers troubles gastriques, les coliques hépatiques, les salpingites pour l'appendicite aiguë, ovarites et péri-ovarites, entéropathies secondaires, entérites glaireuses, indigestions graves pour l'appendicite chronique.

Et il conclut : « L'appendicite n'est pas une mine récemment découverte, c'est un filon dont la teneur en minerai n'était pas exactement connue, et dont la mise en valeur donne aujourd'hui des résultats surprenants. »

Je ne puis que m'associer, sauf sur quelques points de détails, à cette conclusion. Et peut-être n'ai-je pas été un des derniers à crier bien haut que l'appendicite est loin d'être une maladie nouvelle ou ignorée, et qu'elle n'est pas en si grande période d'augment qu'on semble vouloir le dire ; j'ai même essayé d'en faire la démonstration.

Dans un volume de cliniques qui a résumé, en 1905, une partie de mon enseignement et des publications faites à ce sujet dans le *Bulletin médical*, on trouve un premier chapitre intitulé : « *Transformation des maladies. Maladies en voie de disparition et maladies nouvelles. Descriptions erronées quoique classiques.* »

Et on lit dans le sommaire de ce chapitre :

« Avènement de l'appendicite ; cette maladie était connue autrefois, mais elle n'était « pas mise à sa véritable place. Elle remplace un grand nombre d'autres maladies jadis « mal déterminées. — Statistique personnelle de l'hôpital Trousseau. Statistique de Vil- « laret. — L'appendicite n'augmente pas de fréquence ; elle n'est pas supérieure, en « nombre, à ce que sont, additionnées les unes aux autres, les maladies dont elle a pris « la place. »

Le chapitre en question développe le sommaire, et je n'ai pas le dessein de reprendre, le jugeant inutile, les raisons et les faits sur lesquels s'appuie la défense de ces idées. Un

(1) *Bulletin Médical*, 1907, n° 35, p. 403.

ou deux exemples suffiront, et je prendrai ceux-là même dont s'est servi M. Richelot la psoïtis et les péritonites.

« La psoïtis passait autrefois pour une maladie fréquente. En y regardant de près, on arrive à reconnaître que la psoïtis essentielle est une pure abstraction. Pour mon compte, j'ai observé un assez grand nombre d'abcès ou d'inflammations du psoas avec contracture de ce muscle, mais ces lésions ont été toujours consécutives à l'une ou à l'autre des maladies suivantes, par ordre de fréquence : un mal de Pott dorsal ou dorso-lombaire, accompagné d'un abcès tuberculeux dans un des muscles psoas et quelquefois dans les deux ; — une ostéomyélite de l'os iliaque avec suppuration osseuse et abcès dans le muscle ; — une ostéomyélite lombaire avec abcès dans l'un ou dans les deux psoas ; — une adénite tuberculeuse des ganglions iliaques ou une ostéite iliaque tuberculeuse avec abcès tuberculeux dans le muscle ; — une coxo-tuberculose avec abcès remontant dans la gaîne du psoas ou gagnant ce muscle par l'intérieur du bassin ; — une appendicite, c'est-à-dire un abcès iliaque pénétrant dans le psoas et y provoquant une psoïte suppurée; — enfin, dans certaines formes d'infections généralisées diffuses, le psoas, comme d'autres muscles, peut présenter des foyers de myosite suppurée, mais je n'en ai jamais observé. L'énumération précédente peut être incomplète et laisser dans l'ombre d'autres influences insolites, mais elle comprend, certainement, les plus habituelles.

« La psoïtis, telle qu'on l'a comprise, doit, en définitive, être considérée comme une affection secondaire et consécutive à une autre maladie. Cette psoïtis était différente de celle qu'on a quelquefois signalée dans les myosites suppurées de l'infection purulente. Ici donc, encore, on peut dire qu'une entité, qu'on était habitué à considérer comme propre, a, en quelque sorte, disparu.

« L'appendicite était hier une inconnue et aujourd'hui elle est d'une grande fréquence. Si on admet que c'est une maladie nouvelle, on doit reconnaître qu'elle continue, depuis son apparition, à se développer chez l'homme avec une puissance extrême. En progressant de la sorte, elle devient inquiétante et on peut se demander si l'on ne doit pas songer à réclamer contre elle des mesures préventives, au nombre desquelles se place en première ligne la résection de l'appendice. Ce serait un mode de préservation comparable à la vaccination contre la variole, qui aurait encore pour avantage, dans la série des temps, de contribuer à l'amélioration de l'espèce humaine. Dépourvu d'appendice, c'est-à-dire d'un organe inutile, d'un cul-de-sac dangereux, l'homme s'accommoderait, avec moins de dangers, à tous les régimes alimentaires et plus particulièrement au régime carnivore qui, à l'heure actuelle, paraît être celui qu'il recherche le plus, bien qu'il ne soit pas démontré que ce soit celui qui lui convienne le mieux.

Mais l'appendicite n'est pas une maladie nouvelle ; ce qui la caractérise anatomiquement lorsqu'elle a parcouru son évolution entière, la perforation de l'appendice, n'est pas chose neuve ; de nombreux faits en étaient connus et publiés bien avant la période actuelle, sans parler de l'observation de Gambetta, dont l'appendice présentait trois petites perforations.

Toutes les formes qu'on lui reconnaît aujourd'hui, toutes ses complications diverses étaient décrites sous d'autres noms, sans qu'on les rattachât à leur véritable cause. Le progrès accompli, et il a été grand, a été de faire restituer à ce petit organe qu'on appelle appendice toute une série de maladies que, par mauvaises éducation médicale, ou par erreur, par défaut de précision ou de clairvoyance dans l'observation de l'homme malade, on localisait dans les organes voisins, le péritoine d'abord, le cæcum et son voisinage, la

fosse iliaque ensuite, puis l'intestin gros ou grêle, l'estomac, le foie, les reins, les annexes de l'utérus, le psoas, la vessie, d'autres organes encore.

Les générations actuelles l'ignorent et ne peuvent pas s'en douter : la péritonite a été l'effroi, pour ne pas dire la terreur, des familles et du public, bien plus encore que l'appendicite. Cette dernière guérit, et on la guérit presque toujours, tandis que la péritonite aiguë était presque toujours suivie de mort. Et la péritonite d'alors, d'il y a trente ans, était fréquemment observée, moins souvent, pourtant, que l'appendicite d'aujourd'hui. C'est que l'appendicite a pris la place, non seulement des péritonites, qu'on ne rencontre plus que rarement, mais aussi d'une infinité d'autres maladies qu'il n'est pas inutile de passer en revue.

La typhlite, la périty phlite, les phlegmons et abcès de la fosse iliaque droite, affections qu'on rencontrait souvent jadis, sont, en réalité, provoqués par une appendicite. La justice exige que tout le groupe morbide soit remis en place. Il est rare, actuellement, d'être appelé pour des obstructions de l'intestin, des coliques de miserere, des étranglements internes même, ce qui ne veut pas dire qu'il faille renoncer à reconnaître ces divers états morbides. Seulement, beaucoup d'entre eux n'étaient que des appendicites avec ou sans péritonite pendant un temps.

Un certain nombre de troubles de l'estomac, les indigestions au premier rang, dont les parents parlaient sans cesse pour les enfants, et les adultes pour eux-mêmes, quelques formes de dyspepsie, certaines entérites sont très souvent le fait d'une appendicite méconnue.

Si je ne me trompe, voilà un gros contingent déblayé. La substitution d'une espèce unique à une dizaine d'autres réputées pour être des maladies journalières très communes, suffit pour montrer le rang qu'occupe l'appendicite dans le cadre nosologique. Il convient de ne pas oublier qu'il fut un temps où on la confondait encore avec certaines maladies du foie et du rein, avec certaines formes de coliques hépatiques ou néphrétiques en particulier, avec certaines maladies des annexes de l'utérus lui-même, avec les psoïtis symptomatiques, avec des maladies de la vessie quelquefois.

L'appendicite augmente-t-elle de fréquence ? J'avoue que je n'en sais rien et il me semble impossible de le savoir. Mais autre chose est d'avoir une opinion, une croyance, autre chose est de faire une démonstration et d'établir la vérité sur des bases inattaquables.

La surprise du début est aujourd'hui passée ; l'affolement du public a cessé ; on connaît, on voit le mécanisme de la substitution d'une chose à une autre. On peut donc essayer, par un procédé détourné, de parvenir à la solution du problème, à défaut de preuves qu'il est impossible de fournir.

N'ayant pour mon compte aucune opinion préconçue et ne cherchant que le vrai au milieu d'opinions plus que contradictoires, opposées à celle qui est devenue la mienne depuis que j'ai étudié la question, j'ai tenu, avant de me décider, à faire procéder par un préparateur très consciencieux de mon laboratoire, le Dr Quilliot, à une statistique qui prend une certaine valeur à ce point de vue.

J'ai fait relever à l'hôpital Trousseau pendant une période de cinq ans, antérieure à l'appendicite — dont il n'était pas encore parlé en France — de 1885 à 1889, le nombre des péritonites aiguës non tuberculeuses qui y ont reçu des soins hospitaliers, et on a noté pareillement, dans le même hôpital, de 1895 à 1899,

période pendant laquelle l'appendicite a battu son plein, le nombre de cas de cette dernière maladie qui ont été reçus dans les salles et qu'on a opérés ou non.

Le relevé des péritonites aiguës a donné 470 cas répartis ainsi par année : 104 en 1885, 76 en 1886, 94 en 1887, 110 en 1888, 86 en 1889.

Le relevé des appendicites a donné 443 cas.

La différence a été de 27 en faveur des péritonites. Mais durant cette période quinquennale de 1895 à 1899, il y a eu, en plus des 443 appendicites, 166 cas de péritonites aiguës, et certainement beaucoup d'entre elles, sinon la plupart, devaient être des appendicites méconnues.

Cela revient à dire que le déficit de 27 cas n'est qu'apparent et qu'il y aurait eu, en réalité, un excédent d'appendicites dans la seconde période de 1895 à 1899, excédent provenant de ce que la maladie est connue, définie et séparée de bon nombre d'affections d'autres organes : maladies du foie et autres rubriques sous lesquelles on a certainement compris des attaques méconnues d'appendicite.

Je rappellerai, à cet égard, une autre statistique d'un médecin militaire allemand, Villaret, Korpsgeneralarzt, qui établit également que si les cas d'appendicite reconnus ont augmenté, les cas d'autres maladies à manifestations analogues ont diminué.

Voici les chiffres relevés au cours de trois années d'observation :

	En 1874	En 1886	En 1901
Appendicites	156	319	918
Maladies du foie	85	63	57
— de l'estomac (abcès)	1072	802	379
Péritonites	123	136	62
	1436	1320	1416

Pour ces trois années, on le voit, les totaux de ces maladies similaires sont sensiblement égaux. L'appendicite en a donc remplacé d'autres.

Le rapprochement des chiffres hospitaliers fournis par ma statistique est éloquent : il fait voir que chez les enfants des pauvres, qui n'ont guère, aujourd'hui, une nourriture différente de celle d'il y a vingt ans, l'appendicite n'est ni plus ni moins fréquente que jadis.

On ne voit pas pourquoi il en serait autrement chez les enfants des riches. Ce qu'on peut dire toutefois, et qui est plus accentué dans les milieux aisés et riches, c'est qu'actuellement l'attention des parents, des intéressés, même quand il s'agit de jeunes enfants, est, à Paris, orientée fortement vers l'appendicite. Toutes les fois qu'une douleur abdominale, qu'une colique, des troubles de l'estomac ou de l'intestin, de la diarrhée ou des fausses digestions se produisent, on pense à l'appendicite. Et cela fait voir la maladie là où elle est d'abord, mais aussi là où jadis on n'aurait pensé qu'à des troubles sans importance, et l'on soigne ces accidents en conséquence.

Pour les raisons précédemment exposées, on ne peut pas croire — et ceci s'adresse au public extra-médical — à une nouvelle maladie. Il nous semble que l'appendicite n'augmente pas de fréquence et qu'elle n'est point, comme nombre de cas, supérieure à ce que sont, additionnées les unes aux autres, les maladies dont elle a pris successivement la place.

J'aborde maintenant la partie technique de ma communication, que je considère comme étant d'une certaine utilité et qu'on a trop négligée, dans l'étude de l'appendicite. Il y a là, me semble-t-il, un grand progrès à réaliser.

Il est extrêmement difficile, en effet, d'apprécier la gravité d'une attaque sérieuse d'appendicite aiguë et d'en établir le pronostic. L'analyse méthodique et minutieuse de l'ensemble des phénomènes morbides ou de chacun d'eux n'est nullement en état de résoudre le problème du degré de l'intensité de l'infection ; je veux dire par là de fournir au traitement des indications précises sur l'opportunité et l'urgence d'une opération hâtive. Et dans le doute angoissant où l'on reste souvent trop longtemps, l'infection va poursuivre sa marche ascendante, sans trouble nouveau apparent ; c'est la mort à bref délai.

Il m'a semblé dès lors que les efforts les plus grands, dans ces appendicites aiguës à marche rapide, à forme grave dès le début, devaient tendre à dissiper les obscurités du pronostic, et, après y avoir souvent réfléchi, après avoir pensé d'abord que l'étude du sang s'offrait naturellement pour cela, j'ai dû abandonner cette voie — faute de moyens pratiques pour obtenir la quantité de sang nécessaire — et me rabattre sur l'examen des urines au point de vue de leur toxicité (1). Avec le concours de M. le Dr Gaillard, mon préparateur, j'ai déterminé la valeur des *urotoxies* chez l'appendicitaire. Chacun sait qu'on appelle de ce nom la quantité d'urine qu'il faut injecter dans les veines d'un lapin, par kilogramme de son poids, pour amener la mort. Le *coefficient urotoxique* est le nombre d'urotoxies fabriquées par l'unité du poids.

Il y avait à déterminer l'urotoxie normale de l'adulte, et principalement des jeunes sujets, beaucoup plus fréquemment atteints que l'adulte.

Or, l'urotoxie des sujets adultes oscille entre 40 et 80 centimètres cubes, tandis que celle des puéri-adolescents lui est bien supérieure et varie, selon les âges, entre 62 et 120 centimètres cubes. D'après nos recherches propres, elle a été en moyenne de 110 centimètres cubes entre 5 et 7 ans — de 84 centimètres cubes de 8 à 10 ans — de 89 centimètres cubes de 11 à 14 ans. Les coefficients urotoxiques étaient en moyenne, à ces divers âges, de 0,44 — de 0,52 et de 0,535.

Il n'y avait qu'à connaître le degré de toxicité urinaire des malades atteints d'appendicite. Nous avons, dans ce but, divisé le cadre pathologique en trois catégories.

Dans une première, nous comprenons les appendicites aiguës fébriles accompagnées d'une réaction locale ou générale très marquée, péritonite circonscrite

(1) Lannelongue et Gaillard. — Note sur la toxicité urinaire chez les enfants et dans l'appendicite en particulier. (Comptes rendus de l'Académie des sciences, n° 25, 19 juin 1899).

adhésive ou purulente. Dix malades ont été l'objet de cette étude ; ils étaient sous le coup d'une attaque franchement aiguë, précédée ou non de phénomènes peu marqués.

La moyenne des urotoxies est descendue :

A 27 cc. pour les enfants de 5 à 7 ans ; moyenne normale 110
A 39 cc. — de 8 à 10 ans ; moyenne normale 84
A 21 cc. — de 11 à 14 ans ; moyenne normale 89

La moyenne du coefficient urotoxique de tous les malades réunis a été, en moyenne, de 1.53 au lieu de 0.533, moyenne normale des puéri-adolescents.

Mais présentés sous cette forme, ces recherches n'offrent qu'un intérêt très spéculatif. Il n'en est pas de même quand on ne sépare plus les résultats des faits cliniques d'où ils émanent. On est alors amené à cette formule générale, que le coefficient urotoxique, ou encore le nombre des urotoxies, expriment assez exactement le degré de gravité de l'appendicite. Plus ce coefficient s'élève, plus paraît grande l'infection ou, si l'on veut, l'intoxication ; plus les malades sont près de la mort.

Quelques exemples montreront l'exactitude de cette proposition. Les voici en un court résumé :

Sujet de onze ans, venu à l'hôpital avec une appendicite grave ; il présente à l'examen des urines, prises avant l'opération, 22 urotoxies. L'opération découvre une péritonite pelvienne dans le petit bassin.

Une seconde expérimentation de l'urine deux jours après l'opération ne donne plus que 60 urotoxies. Le changement est considérable et en rapport avec une grande amélioration du malade. La guérison s'est produite.

Chez un second sujet, l'apendicite a une forme aiguë assez violente, avec fièvre, vomissements, pouls fréquent, et succède à de petites atteintes antérieures — 25 urotoxies avant l'opération, c'est-à-dire le jour de l'entrée. Quarante-huit heures après l'opération, le nombre des urotoxies est de 30. Guérison.

Sur un troisième sujet, l'attaque est aiguë, mais moins sérieuse. Elle ne paraît pas réclamer une opération immédiate. On cherche la toxicité urinaire à ce moment, c'est-à-dire trois jours après le début de la maladie ; on trouve 39 urotoxies ; un second examen, six jours après le premier, donne 45 urotoxies.

On peut dire que ces deux derniers malades se sont désinfectés en partie, ainsi que l'atteste la diminution de la toxicité urinaire, mais leur état n'est pas à l'abri de tout danger, étant donné le degré de toxicité encore élevé. On devra donc le surveiller.

Dans quatre exemples de crises aiguës modérées, la toxicité urinaire, recherchée quelques jours après le début, trois jours dans un cas, quatre jours dans un autre, donne 50, 50, 57 et 62 urotoxies.

Les urines d'un enfant atteint d'appendicite aiguë un peu plus sérieuse donnent 32 urotoxies ; on ne l'opère pas ; il guérit.

Deux autres sujets ont été opérés d'appendicites graves le matin de leur entrée à l'hôpital, sans qu'on ait pu avoir de leurs urines. Mais on fait la recherche de la

toxicité vingt-quatre heures après l'opération chez l'un et quarante-huit heures chez l'autre. On trouve chez le premier enfant 31 urotoxies et chez l'autre 59. Tout porte à croire que l'opération a sensiblement et rapidement atténué l'infection de l'organisme.

La *seconde catégorie* de faits d'expérimentation urinaire a porté sur deux sujets atteints de péritonite généralisée évidente, qui sont d'ailleurs morts tous les deux sans opération. La toxicité était de 20 urotoxies chez l'un et de 24 chez l'autre.

Enfin la *troisième catégorie d'appendicites* comprend les appendicites refroidies ou à la fin d'une crise modérée. La toxicité urinaire était tombée aux chiffres de 52, 52, 62, 62, 75, 88 et 102 urotoxies.

Ces résultats, allant en décroissant jusqu'à l'état normal, dispensent de tout commentaire. N'indiquent-ils pas aussi la décroissance de l'infection jusqu'à sa disparition totale ?

Là s'arrêtent mes travaux, et je conclus.

La valeur de la toxicité urinaire peut fournir des renseignements utiles dans l'appendicite aiguë et dans les formes prolongées ou dites chroniques d'emblée.

Conclusions

Chez les adolescents — car je n'ai pas eu l'occasion d'examiner des adultes — la toxicité urinaire s'élève, dans l'appendicite aiguë, en raison de la gravité de la maladie, et sa décroissance est en parallélisme avec la désinfection de l'infecté.

Atteignant, dans les appendicites aiguës graves, un chiffre trois et quatre fois supérieur au chiffre normal, elle va fournir une indication opératoire nouvelle, dont la précision des résultats ne saurait être méconnue. Descend-elle à 25 urotoxies — c'est-à-dire à une injection de 25 centimètres cubes par kilogramme du poids du lapin, et, à plus forte raison, au-dessous de ce chiffre — il me semble qu'elle est une indication pressante d'opérer immédiatement.

Enfin, la toxicité urinaire permet d'apprécier le degré d'infection de l'organisme dans les appendicites prolongées ou chroniques ; elle devient une contre-indication opératoire, réclamant un ajournement, lorsque le malade est encore sensiblement infecté.

Je n'ajouterai qu'un mot concernant la technique expérimentale, qui est d'une très grande simplicité et réalisable en tous lieux.

Le lapin, dont le poids est pris avant l'expérience, est fixé sur sa planche ; un tube en caoutchouc, de trois mètres de long environ et de 2 centimètres de large surmonté d'un entonnoir en verre, et possédant un petit robinet à l'autre extrémité, est fixé le long d'un mur. On adapte au robinet un trocart assez fin pour pouvoir pénétrer dans l'une des veines dorsales de l'oreille du lapin. Après avoir rempli le tube de l'urine à expérimenter — qu'on a pris soin de passer à travers un linge, afin d'arrêter les gros dépôts et les sels en suspension — on stérilise la région et on pique la veine de l'oreille à l'aide du robinet et on laisse passer lentement et graduellement l'urine.

La durée de l'expérience varie entre trente minutes et une heure. Lorsque l'animal est intoxiqué mortellement, il se produit quelques convulsions et la mort survient.

Ai-je besoin de dire que la connaissance de la toxicité urinaire pourrait être utilisée avec quelque fruit, dans un certain nombre d'autres maladies infectieuses, dans celles de l'abdomen en particulier.

D'un accident assez fréquent imputable à l'eau oxygénée acide, employée en thérapeutique,

Par le Dr Bernard.

J'ai l'habitude de traiter les plaies accidentelles, surtout souillées, ou d'origine douteuse, par le pansement humide à l'eau oxygénée. L'eau oxygénée m'a, dans ces circonstances, rendu de grands services, mais j'ai dû, dans un certain nombre de cas, arrêter son emploi à cause de phénomènes irritatifs dont voici six exemples d'autant plus nets que, me servant de solutions de provenances diverses, la cause des accidents est certainement dans l'eau oxygénée et pas seulement dans la variété employée.

1° J. L... est soigné pour une brûlure de la face antérieure de la jambe; — brûlure qui guérit d'ailleurs très bien par la suite. — Dès le début des pansements et lavages à l'eau oxygénée, apparut autour de la plaie une zone d'érythème peu étendue, zone douloureuse très sensible qui s'accrut peu à peu, puis disparut dès que l'on eut cessé les lavages. — Les douleurs étaient telles que le malade pouvait à peine dormir la nuit.

2° D. Q..., présentant un déchirement total des téguments de la face palmaire et des faces latérales de la dernière phalange du médius de la main droite, fit sur mes conseils des lavages et pansements humides à l'eau oxygénée. La plaie lavée (bains d'eau bouillie chaude), le doigt était entouré de gaze stérilisée imbibée de la solution pure, puis recouverte de gutta, etc... Partisan de la méthode de conservation à outrance, j'avais décidé, bien que l'articulation fût intéressée, le tendon du fléchisseur déchiqueté mais non complètement sectionné, de conserver à cet homme sa phalange, malgré les menaces de suppuration. La plaie avait été occasionnée par un morceau de métal sale alors que le malade chargeait une caisse sur un camion. — Deux jours après le premier pansement la plaie allait bien, mais le doigt se mit à enfler à sa base et à se couvrir d'un érythème. La peau était rouge, très tendue et bientôt apparaissaient des vésicules confluentes remplies d'un liquide incolore. Le malade a une légère fièvre, de l'insomnie; — il se plaint que son doigt lui fait très mal, qu'il perçoit des élancements atroces, et il perd bientôt l'usage des deux autres phalanges. Malgré cette complication, la plaie continue à se cicatriser, bien qu'à chaque pansement il y ait un léger suintement sanguin. Je suspends le traitement à l'eau oxygénée pour adopter le pansement au sublimé. Le résultat ne se fait pas attendre

La douleur disparaît rapidement, l'œdème, les vésicules ensuite et l'érythème s'efface définitivement après avoir desquamé.

3° R. P..., 13 ans, opérée par le docteur Paul Delbet, pour appendicite suppurée; — consécutivement le cæcum se perfore et donne une fistule pyo-stercorale post-opératoire. — Je fais à cette petite malade des pansements matin et soir à l'eau oxygénée et laisse en place une mèche légèrement imbibée. — Dès les premiers jours, il se produit tout autour de la plaie un érythème rouge foncé excessivement douloureux : puis des papules apparaissent de place en place, et deviennent peu à peu plus confluentes. La malade, très sensible, pousse des cris dès que l'on appuie en faisant le pansement sur la région. A ce moment, je n'osais encore incriminer l'eau oxygénée dont l'emploi me donnait des résultats merveilleux. — A chaque pansement il y avait toujours un peu de sang, mais peu de pus et des matières stercorales. — Néanmoins, devant les douleurs persistantes et le nombre sans cesse grandissant des papules, je quittai l'eau oxygénée pour la teinture d'iode en solution dans l'eau. — En même temps l'érythème était recouvert d'une couche de pommade au thigénol. — L'érythème disparut rapidement et ne se reproduisit légèrement qu'un jour où je dus employer de nouveau l'eau oxygénée faute d'autre topique. Je l'abandonnai alors. La malade est aujourd'hui guérie.

4° J. M... Panaris de l'index de la main gauche. — Incision. — Pansement humide à l'eau oxygénée.

Le lendemain l'érythème apparaît, analogue aux cas précédents, localisé à la base du doigt, avec tension de la peau, rougeur — douleur — sensation vive de brûlure. — Je cesse immédiatement pour employer le sublimé : les phénomènes disparaissent.

5° L. D... Panaris profond de la phalange du 4° doigt. Incision large. Pansement humide à l'eau oxygénée. — Le lendemain : douleur; la nuit suivante : insomnie; puis l'érythème se forme. Avec le sublimé les accidents disparaissent.

6° F..., 8 ans. Blessure du front. L'enfant est tombé sur une pierre. — Plaie infectée. — Pansement humide à l'eau oxygénée. — Le lendemain l'érythème apparaît. Ici encore il disparaît avec le sublimé.

Dans un travail de M. le Docteur Paul Delbet, *Sur la conservation dans le traitement des traumatismes des membres* (Congrès français de chirurgie 1905, page 13), je trouve :

« Le malade traité par l'eau oxygénée eut une éruption scarlatiniforme de la jambe, suivie d'une desquamation généralisée », et l'auteur ajoute : « accident que je mets sur le compte d'une action nerveuse produite par les toxines microbiennes. »

Ne s'agirait-il pas dans ce cas encore d'un méfait de l'eau oxygénée ?

En tout cas, mes observations sont parfaitement nettes. — Je spécifie encore que l'eau oxygénée employée dans les cas cités plus haut ne venait pas d'une unique et même origine : elle portait différentes marques. Mais toutes avaient la même réaction, elles étaient acides.

Je me demandai alors si cette acidité n'était pas cause de l'érythème et pour vérifier l'exactitude de cette idée je neutralisai dès lors l'eau oxygénée. A partir de ce moment l'érythème ne se produisit plus dans d'autres cas traités.

Les plaies guérirent sans complication. L'érythème est donc dû à l'acidité

de l'eau oxygénée employée. Avec l'eau oxygénée neutre les accidents ne se produisent pas.

L'eau oxygénée H^2O^2 dont nous nous servons contient 10 à 11 volumes d'oxygène ; on s'en sert soit à l'état neutre, soit à l'état acide et c'est sous cette dernière forme qu'elle est, je crois, le plus communément employée. Cette acidité augmente son pouvoir antiseptique. L'acide employé est soit H^2SO^4, soit HCl.

C'est avec de l'eau oxygénée contenant de l'HCl que j'ai observé les cas cités plus plus haut.

Au contact de la fibrine du sang coagulé, l'eau oxygénée se décompose en eau et oxygène et dans le cas qui nous intéresse laisse s'échapper une petite quantité de chlore.

Or l'action irritante du chlore donne lieu précisément à une éruption analogue à celle qui a été signalée dans les observations et que je résume :

Érythème (revêtant quelquefois l'aspect scarlatiniforme avec piqueté). — Couleur rouge foncé. — Vésicules ou papules. — Tuméfaction. — Douleur vive. — Sensation de brûlure intense.

C'est donc au chlore qu'il me paraît devoir imputer les méfaits signalés. — Dès que l'on se sert d'eau oxygénée acide (HCl) rendue neutre, plus d'accidents.

Aussi, je conseille, pour parer à ces inconvénients, d'examiner toujours avant de se servir d'eau oxygénée quelle est sa réaction. Ceci peut se faire pratiquement avec du papier de Tournesol très sensible, sur une petite quantité de liquide prélevé.

Le liquide est-il neutre ? — Pas d'ennuis à craindre.

Le liquide est-il acide ? — Il suffira de le rendre neutre par l'addition d'une légère pincée de bicarbonate de soude.

De cette façon l'eau oxygénée reste un des meilleurs antiseptiques sans donner lieu à des méfaits.

COMPTE RENDU
DES
SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 28 mai 1907.

Présidence de M. Saint-Yves Ménard.

M. Petit fait remarquer qu'avec des solutions de digitaline à 1 : 15,000 on obtient des liquides qui restent limpides et sont bien supportés. Il est probable qu'on pourrait obtenir des solutions plus concentrées et supportables en injection en ajoutant un produit quelconque.

M. Dalimier lit une note concernant le *Bibromure d'hydrargyre dans le traitement de la syphilis*. Ce produit est connu depuis longtemps : il contient 55,6 p 100 de mercure et est soluble. En lui ajoutant du bromure de sodium on obtient une combinaison nouvelle, le bibromomercurate de sodium, qui est en même temps analgésique.

La formule est la suivante :

Bibromure d'hydrargyre.....	1 gr. 8
Bromure de sodium.....	1 gr. 4
Eau q. s. pour faire.....	100. cc.

Il est nécessaire d'arriver à cette quantité de bromure de sodium si l'on veut avoir un liquide soluble à froid : il est stérilisable à la chaleur et d'une stabilité parfaite.

L'orateur a soigné 16 cas de syphilis par des injections de 1 ou 2 cc. dans la région fessière : ces injections ne provoquent aucune douleur, quand on les remplace à l'insu du malade par d'autres injections mercurielles solubles, le malade s'en aperçoit de suite. Avec 2 cc. on observe parfois une légère douleur irradiante. On ne provoque jamais que de minuscules nodosités, et l'activité thérapeutique est aussi considérable que celle du bi-iodure.

M. Gautier présente son rapport sur les *dyspepsies duodénales*. La notion de ces dyspepsies doit s'imposer au médecin et l'on arrivera certainement, grâce à la coprologie, à mesurer le fonctionnement de cette partie de l'intestin, car son activité digestive est nettement différenciée. Le duodénum possède une musculature très développée, des glandes spéciales : il sécrète des ferments dont l'un, la kinase, permet au pancréas de digérer les graisses et hydrocarbures.

Quand le duodénum est atteint, l'appétit n'est pas modifié ; on observe des douleurs péri- et sus-ombilicales, deux ou trois heures après les repas, des coliques paroxystiques avec émission de gaz. Les vomissements sont très rares : on trouve plutôt des régurgitations d'un liquide visqueux, tenace. Les malades s'amaigrissent par déficit pancréatique.

Le régime alimentaire devra avoir recours aux aliments pouvant exciter les fonctions duodénales (vin, alcool, épices). S'il y a lieu de calmer l'organe, le régime lacté sera préférable.

Comme médicaments, on a reconnu que l'acide tartrique en capsules favorise la sécrétion des ferments duodénaux.

La gastérine de Frémont, en améliorant les fonctions stomacales, influence favorablement les fonctions du duodénum.

M. Barbier fait une communication sur *l'emploi de la bèle desséchée dans certaines formes de dyspepsie infantile.* Il s'agit d'hérédosyphilitiques ou d'hérédotuberculeux, d'athrepsiques par suralimentation par le lait de vache. Ces enfants présentent des selles volumineuses, pâteuses, avec flocons d'acides gras et de caséine. L'utilisation des graisses par le tube digestif est très faible, car on en retrouve 14 et même 20 p. 100 dans les selles, au lieu du chiffre normal 2 p. 100.

L'utilisation de l'albumine est de même compromise, d'où putridité des selles qui sont décolorées.

L'action de la bile exige cinq à sept jours pour se manifester, mais elle cesse quand on supprime la médication. On obtient une diminution de la putridité, l'arrêt de la diminution de poids, etc. La dose est de 0,10 gr. par jour, délayée en deux biberons de lait fortement sucré, administrés matin et soir.

Grâce à cette médication, on arrive à faire gagner du temps aux malades et à leur permettre de régénérer des cellules hépatiques fortement altérées.

L'orateur revient sur une idée déjà émise par lui, c'est qu'il ne faut pas suralimenter les athrepsiques, mais au contraire chercher dans chaque cas la dose d'aliment assimilable et ne pas la dépasser ; si l'on suralimente, on observe bientôt des gastro-entérites graves compromettant la vie du nourrisson.

M. Chevalier a constaté par des recherches chimiques que l'abus du lait stérilisé provoque des accidents qui cessent dès que l'on diminue la quantité de graisse à ingérer.

M. Gautier fait remarquer que, chez l'enfant, ces études sont fort difficiles : chez l'adulte, il suffit de supprimer la graisse pendant quelque temps, puis d'en administrer en une fois 30 grammes, par exemple ; on voit alors quelle est la capacité digestive en examinant les selles.

M. Simon trouve des difficultés au dosage des aliments, évalués d'après les tables jusqu'ici publiées : ces chiffres sont très peu exacts.

M. Saint-Yves Ménard estime que ces tables sont suffisamment exactes pour la pratique courante, mais que pour un travail scientifique, il est nécessaire d'analyser soi-même chaque aliment avant d'étudier son utilisation.

M. Rénon donne lecture d'un travail concernant *l'effet de l'atoxyl dans la tuberculose* : il résulte de ces recherches que ce produit présente une innocuité relative et peut être employé à hautes doses. Au point de vue des résultats thérapeutiques obtenus chez les tuberculeux, on ne peut constater aucune différence avec les autres sels organiques d'arsenic jusqu'ici analysés.

M. Lafay fait remarquer que l'atoxyl est très maniable parce qu'il ne contient que 29 p. 100 d'arsenic, alors que le cacodylate en contient 47 p. 100. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner de la façon dont les injections sont supportées.

M. Chevalier rappelle que la tolérance pour les arsénicaux organiques n'est qu'apparente, car une grande partie de l'arsenic que ces préparations contiennent, n'est pas absorbée : elle traverse, sans se dédoubler, l'organisme, et on la retrouve en nature dans les urines.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,
Médecin des hôpitaux.

Traitement de la fièvre typhoïde (médications accessoires), par le professeur ROBIN (*La Médecine moderne*, 17 avril 1907). — En cas de vomissements, il est impossible de mettre en œuvre le traitement fondamental, consistant en boissons abondantes, dans le but de réaliser l'oxydation des produits de désintégration organique et leur expulsion en dehors.

Si les vomissements se présentent au début, ils tiennent à l'intolérance pour la quinine, l'alcool ou l'extrait de quinquina; ils peuvent aussi être produits par une action réflexe dépendant d'une complication pulmonaire ou cérébrale. Parfois, quand la langue est très fuligineuse, les nettoyages soigneux de la bouche et du pharynx suffisent pour faire disparaître les vomissements. D'autres typhiques vomissent parce qu'ils ont une rétention d'urine : on les calme par un sondage de la vessie. Une péritonite peut être aussi la cause du phénomène ; enfin, il faut parfois incriminer un état dyspeptiqne antérieur, aggravé par l'infection récente, ou la révolte de l'estomac contre l'ingestion d'une très grande quantité de liquide. On commencera par supprimer, si possible, la cause des vomissements: si l'on n'y réussit pas, on fera prendre un verre à madère d'eau de Vichy avec une goutte de laudanum, 5 minutes avant une prise de bouillon ou d'eau rougie.

On peut aussi appliquer au creux épigastrique des sinapismes, des cataplasmes sinapisés, avec un emplâtre de thériaque et de belladone.

Dans les cas les plus rebelles, l'auteur prescrit :

Picrotoxine	0 gr. 05
Alcool q. s. pour dissoudre	
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 05
Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 01
Ergotine Yvon	1 gr.
Eau de laurier-cerise	12 gr.

M. S. A. Filtrez. V gouttes avant chaque prise de lait, s'arrêter dès que les vomissements ont cessé.

Si ce traitement échoue, on applique un vésicatoire, grand comme une pièce de 5 francs, après avoir versé dessus de l'éther camphré et laissé évaporer : on le laisse appliqué pendant 7 heures, puis on place un cataplasme de farine de lin pendant 1 heure. Puis on crève la cloche formée et on insinue un paquet de 0 gr. 10 de poudre d'opium. Les inhalations d'oxygène rendent de grands services.

Les vomissements de la fin de la période d'état sont dus en général à des perforations : on appliquera de la glace sur l'épigastre, on suspendra l'alimentation, on ne donnera que de l'eau et on prescrira la picrotoxine.

Les vomissements de la convalescence tiennent soit à une erreur de régime, qu'il est facile de modifier, soit à des dilatations aiguës de l'estomac. Dans ce dernier cas, l'auteur prescrit :

Extrait de fève de Calabar	0 gr. 25
Glycérine pure	4 gr.

Quatre fois par jour, IV gouttes dans un peu d'eau. Si le malade a de l'hyperthermie, on combattra cette complication par le pyramidon qu'on fera absorber lorsque la température est à son minimum : la dose sera de 0 gr. 30.

En cas d'angine on prescrira :

Naphtol β	0 gr. 20
Perborate de soude	15 gr.
Eau de menthe	200 gr.

Chauffer au bain-marie.
Eau q. s. pour faire un litre. E. VOGT.

Traitement du tétanos (*Soc. de chirurgie*, 15 mai 1907). — Des doutes s'élevaient dernièrement au sujet de l'efficacité du sérum antitétanique comme préventif. A cette occasion, plusieurs orateurs se levèrent pour protester, en alléguant d'importantes statistiques et prétendant même que le sérum leur semblait avoir servi à atténuer la gravité du tétanos déclaré. De nouveaux témoignages sont donc appelés à s'inscrire. On a entendu M. Rieffel déclarer que le sérum antitétanique ne lui avait paru avoir aucune action dans un cas de tétanos à marche lente chez une femme qu'il eut a soigner. La malade, malgré une série d'injections sous-cutanées et rachidiennes, ne put être sauvée. Ce cas isolé est défavorable à l'emploi du sérum au cours du tétanos. Mais on ne peut juger un pareil litige sur quelques faits. Aussi mentionnerons-nous l'intervention de M. Berger qui commence par faire observer qu'il n'a perdu qu'un seul malade du tétanos depuis sept années et que ce blessé, qui avait une plaie septique du doigt, avait, par exception, été privé de l'injection préventive. Si nous nous rappelons les précédentes dépositions de ses collègues à ce sujet, on peut conclure que la nécessité de persévérer dans l'emploi d'un moyen prvéetif, d'une efficacité certaine ne saurait être discutée. Quant à l'influence de la vaccination sur l'évolution de la maladie, lorsque celle-ci éclate en dépit des précautions prises, on peut juger qu'elle existe également dans une certaine limite, car M. Berger a groupé 35 faits de tétanos, chez des malades qui avaient subi des injections préventives. Sur ce nombre, il y a eu 19 guérisons, proportion très élevée qui est toute en faveur de la réalité de l'atténuation.

M. Benoît.

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Sur le traitement du diabète, par W. Tibbles (*Brit. med. J.*, 20 avril 1907). — Beaucoup de médicaments ont été donnés dans le but de remédier aux troubles de la fonction glycogénique. Le salicylate de soude et le nitrate d'urane sont utiles dans les cas légers et chez les sujets goutteux âgés. Les alcalins sont indiqués pendant la période intermédiaire du régime ordinaire au régime pauvre en hydrates de carbone ou riche en albuminoïdes, de fortes doses de bicarbonate de soude ont de bons effets dans l'acétonurie. L'opium et l'arsenic sont au premier rang parmi les médicaments utiles et ils agissent par l'intermédiaire du système nerveux. La levure, qui est un agent glycolytique, a été employée avec des résultats variables. L'action du jambul peut être due à la présence d'une enzyme, mais il est inexact qu'il prévient la formation du sucre. Certains désinfectants, comme la créosote, l'iodoforme, l'acide salicylique, l'aspirine, le benzosozol semblent accroître chez les malades la faculté de consommer impunément les hydrates de carbone. L'objectif dans le régime est d'attendre l'équilibre physiologique, et la suralimentation est aussi nuisible ici que l'alimentation insuffisante. Il faut surveiller les entrées et les sorties de l'azote aussi bien que les hydrates de carbone. Dans tous les cas le régime doit être la base de tout traitement du diabète.

L. Jumon.

Importance des agents physiques dans le traitement du diabète sucré, par Munter (*Berlin. klin. Woch.*, 29 avril 1907). — L'auteur pose en principe que le traitement fondamental de la glycosurie consiste dans un régime approprié au cas individuel : tous les autres agents thérapeutiques ne sont qu'accessoires.

Parmi les agents physiques nombreux dont on dispose, il en est dont l'action se résume en une influence thermique. La chaleur, si elle se borne à irriter le système nerveux sans augmenter la température du corps, diminue les oxydations : l'inverse s'observe avec le froid dans les mêmes conditions. Au contraire, si la chaleur produit de l'hyperthermie, elle augmente les oxydations ; il en est de même pour le froid, en fin de compte, car si l'hypothermie provoquée diminue les oxydations, elle excite par voie réflexe les autres régulateurs, et les oxydations sont augmentées. Le médecin possède donc une gamme de facteurs thermiques qu'il devra savoir appliquer selon les besoins. Si, par exemple, on se trouve en présence d'un diabétique pléthorique, avec un système vasculaire en bon état, et présentant des complications de nature goutteuse, on cherchera à augmenter les oxydations en favorisant l'élimination de déchets

azotés : dans ces conditions, les bains d'acide carbonique à 35-40°, de 15 à 30 minutes de durée, seront indiqués. Si l'on a pour but de provoquer la destruction de principes non azotés, on préfèrera l'emploi du froid suivi d'exercices musculaires, à condition de bien choisir les cas. Si, au contraire, on se trouve en présence d'un diabétique présentant des lésions rénales, des névralgies, des infections chroniques, on préfèrera les applications de la chaleur, suivies de l'emploi du froid, pour éviter l'asthénie cardiaque que la chaleur risque de provoquer.

En règle générale, un diabétique ne doit jamais perdre de poids: s'il est polysarcique, il faut chercher à développer son système musculaire. En outre, on préférera les applications n'exerçant pas d'action sur la température du corps, on se bornera à agir sur le système nerveux, et l'on se gardera, surtout chez les diabétiques maigres, de l'emploi des agents trop actifs.

L'électricité galvanique sera indiquée en cas de névralgies, l'anode placée sur le point douloureux : on peut aussi, en faisant contracter les muscles, instituer une sorte de gymnastique passive, (rouleau faradique, bains faradiques). Les bains seront contre-indiqués dans les cas d'artériosclérose avec pression sanguine élevée. Comme la sensibilité cutanée diminue au cours du bain, il ne faudrait pas se guider sur les sensations du malade et augmenter le courant, car on risquerait d'exercer une influence nocive.

Les exercices musculaires ne conviennent pas, comme on l'a cru longtemps, à tous les diabétiques : seuls, les exercices nécessitant un effort considérable exercent une action sur la glycosurie : ils augmentent la faculté d'assimilation et par conséquent la tolérance pour les amylacés. Mais, dans ce domaine aussi, une individualisation sévère est indispensable, car l'épuisement provoque chez beaucoup de sujets une recrudescence de l'élimination du sucre. On observe souvent des accidents comateux chez les diabétiques jeunes, gravement atteints, chez lesquels la fatigue musculaire provoque des accès de fièvre. L'oxydation des hydrocarbures par l'exercice musculaire est chez le diabétique fortement diminuée (1/5 à 1/10 souvent de ce qu'elle est chez l'homme bien portant). La bicyclette semble représenter, quand il n'existe pas de contre-indication, le travail musculaire le plus favorable, à condition d'éviter tout surmenage. Dans tous les cas, l'exercice musculaire ne sera jamais qu'un facteur du traitement, et devra être sévèrement dosé dès qu'il provoque une augmentation dans l'élimination de l'azote.

Le massage peut rendre des services, surtout dans les cas graves, mais on se souviendra que la peau du diabétique est très irritable.

E. Vogt.

Action de la chaleur sur l'élimination du sucre dans le diabète, par Lüthje, de Francfort-sur-Mein (*XXVe Congrès allemand de médecine interne, tenu à Wiesbaden du 15 au 18 avril* 1907). — M. Lüthje, en collaboration avec Embden, a produit expérimentalement le diabète en enlevant tout le pancréas à des chiens. Il a soumis ensuite les animaux à des températures variables, et a mesuré la quantité de glucose éliminé par les urines. Il a constaté que la glycosurie augmente par le froid, et diminue par la chaleur. L'influence de la température, en outre, est plus marquée chez les animaux à jeun que chez ceux qui viennent de manger.

L'auteur a reconnu que la teneur, en sucre du sang dépend également de la température ambiante, ce qu'il explique ainsi : lorsque l'organisme a besoin de produire de la chaleur, il déverse dans la circulation, et afin de le comburer, le glycogène hépatique.

Pierre Sée.

Quelques notes sur le diabète, par O. Hensel (*Merck's Archives*, avril 1907). — Après avoir sommairement mentionné les idées actuelles sur les théories du diabète, l'auteur aborde certains points du traitement. L'exclusion des hydrates de carbonne est naturellement de la plus grande importance. Dans les cas légers, le sucre disparaîtra rapidement de l'urine et la tolérance s'établira. On doit alors permettre un régime plus libéral, en même temps qu'on surveille les urines. Dans quelques cas il persiste des traces de sucre, un jour de jeûne suffit pour les faire disparaître. Dans les cas plus graves l'abstention du sucre et des farineux doit être plus continue, mais on examinera alors souvent les urines au point de vue de l'acétone. Si cette subtance apparaît dans l'urine, il faut immédiatement recourir aux alcalins. En même temps les graisses doivent être diminuées et les hydrates de

carbone augmentés. L'alcool à doses modérées passe pour empêcher jusqu'à un certain point la formation de l'acétone.

Le traitement médicinal du diabète n'offre rien de très satisfaisant. Plus récemment on a recommandé les préparations de glande pancréatique. Si le pancréas est complètement détruit, ces préparations peuvent donner de bons résultats. On a proposé certains extraits en injections sous-cutanées, mais il faut attendre des observations cliniques pour pouvoir en juger la valeur. Les préparations pancréatiques sont également indiquées dans l'acétonurie pour aider la digestion, lorsque de hautes doses de bicarbonate de soude données neutralisent l'acide chlorhydrique de l'estomac.

L. JUMON.

L'indicanurie, pathogénie et valeur séméiologique, par ENRIQUEZ et BINET (*La Tribune médicale*, 5 avril 1907). — Trois théories ont été émises pour expliquer la présence d'indican dans les urines. La première en date est la théorie intestinale: l'indicanurie provient de la putréfaction microbienne des matières protéiques dans l'intestin, la diminution des albuminoïdes dans la ration alimentaire diminue la quantité d'indican rencontrée dans l'urine, de même que l'augmentation des végétaux et du lait. Cette production d'indican se fait surtout dans la portion terminale de l'intestin grêle, la stase du gros intestin ou même sa ligature expérimentale ne provoque pas d'indicanurie (Jaffé, Nothnagel). La deuxième théorie rattache l'indicanurie à un trouble chimique de la sécrétion gastrique: celle-ci serait rencontrée dans presque tous les cas de dyspepsie avec hypochlorhydrie ; elle manquerait dans les cas d'hyperchlorhydrie à cause de l'acton antiseptique de l'acide chlorhydrique qui empêche les fermentations microbiennes de l'estomac (Carles). La troisième théorie attribue l'indicanurie à l'insuffisance hépatique, elle céderait à l'ingestion d'extrait de foie et se rattacherait à la fonction antitoxique de cette glande (Gilbert).

Il résulte des recherches cliniques et expérimentales des auteurs que les deux dernières théories doivent être rejetées: seule l'origine intestinale est à retenir. L'indicanurie est produite par la stase intestinale, on l'observe dans tous les cas de constipation habituelle : si elle trouve particulièrement son origine à la fin de l'intestin grêle, c'est que celui-ci présente une surface d'absorption plus considérable que le gros intestin, et que les poisons microbiens y étant plus parfaitement dissous à cause de la présence d'une plus grande quantité de liquide, passent plus facilement dans la circulation.

Lorsqu'on observe l'indicanurie coïncidant avec des crises diarrhéiques, on peut affirmer que cette diarrhée est symptomatique de rétention fécale, qu'elle est une débâcle intestinale. En effet, on observe l'indicanurie dans les crises diarrhéiques de l'entérite muco-membraneuse, tandis qu'on ne la rencontre qu'exceptionnellement dans la diarrhée vraie, diarrhées alimentaires, typhiques, de Cochinchine, etc.

Les résultats de la thérapeutique viennent d'ailleurs à l'appui de la théorie de la stagnation intestinale, car l'indicanurie disparaît à la suite de l'administration méthodique des purgatifs et surtout des purgatifs huileux.

M. DESCHAMPS.

L'urotonométrie des états diathésiques avant et après la cure de Vichy, par MM. H. BOUTTÉ et E. GAUTRELET (*Revue des mal. de la nutrition*, n° 2, février 1907, p. 75 à 94 et n° 3, mars 1907, p. 97 à 108). — Dans ce travail, MM. H. Boutté et E. Gautrelet exposent les résultats de 2.118 analyses d'urines, faites, en vue de l'étude de l'urotonométrie des états diathésiques, tant au laboratoire de la Pharmacie de l'Hôpital militaire de Vichy, qu'au laboratoire de Médecine thermale. Les analyses qui ont été faites avant et après une cure à Vichy portent sur les urines de malades atteints d'affections variées (acétonémie, albuminurie, anémie, anémie palustre, arthritisme, catarrhe stomacal, cirrhose du foie, cirrhose hypertrophique, coliques néphrétiques, congestion du foie, cystite, lithiase biliaire, ictère, diabète sucré, diabète intermittent, diabète et albuminurie, diathèse urique, néphrite, oxalurie, obésité, entérocolite, entéroptose, goutte, rhumatisme, paludisme, etc.).

Les auteurs groupent ensuite leurs statistiques de manière à établir une échelle des moyennes urotonométriques avant et après le traitement. On pourrait aussi juger de l'influence de la cure sur les diverses manifestations des états diathésiques.

MM. H. Boutté et E. Gautrelet tirent de

leur travail des conclusions que nous pouvons résumer ainsi :

1° Le coefficient tonométrique des urines renfermant des principes biliaires n'est pas toujours abaissé.

2° La moyenne des affections à biliurie est supérieure à la normale.

3° Dans les diverses manifestations de l'arthritisme, on observe, par l'étude de la tension superficielle urinaire, une double viciation, soit positive, soit négative de la nutrition.

4° Cette viciation, qu'elle soit par excès ou par défaut, tend à s'équilibrer après la cure de Vichy.

5° Si l'on examine en détail l'effet de la cure sur l'urotonométrie et, par suite, sur les modifications nutritives d'ensemble, l'on remarque que la première phase du traitement semble aller en sens inverse du résultat final.

PIERRE SÉE.

L'intoxication mercurielle. Causes, symptômes, traitement, par M. G. MEILLÈRE (*Tribune médicale*, n° 6, 9 février 1907, p. 87). — Les causes de l'intoxication mercurielle peuvent être rangées sous trois rubriques :

1° Intoxications professionnelles (métallurgistes, doreurs au mercure, etc.);

2° Intoxications volontaires ;

3° Intoxications d'origine médicamenteuse, généralement dues à une idiosyncrasie du malade.

L'intoxication mercurielle est aiguë ou chronique. Dans l'intoxication chronique, on observe souvent des paralysies et des scléroses viscérales.

Le traitement consiste à éliminer le mercure qui circule dans l'organisme. On emploie, à cet effet, la médication diaphorétique (boissons copieuses) et la médication sulfureuse, qui augmente la tolérance de l'organisme pour le mercure. On administre généralement le soufre sous forme de miel soufré et d'hyposulfite de soude, ce dernier à la dose de 10 grammes par jour. Si l'on constate un abaissement de la pression sanguine, on la relèvera par la caféine ou le lait lactosé.

PIERRE SÉE.

Guérison d'un cas de maladie d'Addison, par GRAWITZ (*Soc. de méd. interne de Berlin*, 6 mai 1907). — L'orateur présente un malade atteint en 1902 et traité par des lavages stomacaux, suivis d'alimentation à la sonde, avec exclusion de la viande : on donnait quelques albuminoïdes au moyen de lavements nutritifs. Le suc gastrique ne contenait pas d'acide chlorhydrique libre.

Le malade amélioré, ayant fait un séjour à la campagne, revint dans un état d'adynamie très marqué, et fut à nouveau soumis au régime sus-indiqué. Actuellement, on ne trouve plus qu'un peu de pigmentation aux lèvres : la santé est bonne. Dans ces derniers temps, un testicule devenu tuberculeux a été extirpé.

Plusieurs membres ayant fait remarquer que le sujet pouvait bien être un faux addisonien, atteint d'intoxication arsenicale chronique, l'orateur déclare n'avoir pu déceler aucune trace d'une intoxication de ce genre. Sa communication a eu surtout pour but de faire ressortir l'importance étiologique ou pathogénique des toxines intestinales dans cette affection.

E. VOGT.

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT,

Ancien interne des hôpitaux.

Transplantation d'organes entiers par la suture des vaisseaux (*XXXVIe Congrès de la Soc. allemande de chir.*, 1907). — M. STICH (de Breslau) signale d'intéressants résultats obtenus par lui dans le domaine expérimental. Etant parvenu à faire des sutures en ligne droite, avec trois fils passés, à distance rigoureusement égale, dans les parois de vaisseaux de 1 millimètre de diamètre seulement, il a pu opérer des transplantations de vaisseaux et même d'organes entiers. Il a transplanté des artères de lapin sur le chien, des veines jugulaires sur la carotide. Au bout de quinze jours, un épaississement des parois des veines prouvait qu'elles s'adaptaient à leur nouvelle fonction. Il a pu aussi transplanter des reins dans le cou de chiens qui continuèrent à excréter de l'urine.

A. BENOÎT.

Traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire (*Soc. de chir.*, 15 mai 1907). — La plupart des chirurgiens sont d'avis qu'il faut adopter, comme traitement de choix

des abcès appendiculaires à évolution pelvienne, l'*incision rectale*. Celle-ci doit être faite sur l'abcès qui bombe et, à la condition d'assurer la perméabilité de l'ouverture (Broca, Chaput), on n'a pas à craindre la pénétration des matières fécales et l'infection consécutive. M. Le Dentre n'admet pas comme démontrée l'origine appendiculaire de beaucoup de ces abcès et il cite des exemples. Quand il y a péritonite généralisée et qu'on a fait la laparotomie, la *voie prérectale* trouve sa meilleure indication, car elle permet de faire de haut en bas un drainage abdomino-périnéal.

A. Benoît.

L'intervention chirurgicale dans le cancer de l'estomac, par J. Deaver (*The amer J. of the med. sc.*, avril 1907). — L'auteur pose en principe que la dyspepsie gastrique chronique est la principale cause prédisposante du cancer de l'estomac. Aussi croit-il qu'une opération faite à temps pour des causes variées de troubles gastriques chroniques épargne à beaucoup de malades le développement du cancer de l'estomac.

Le diagnostic précoce du cancer de l'estomac étant extrêmement difficile et une opération radicale ne pouvant donner de bons résultats que si le diagnostic précoce a été fait, la gastrectomie partielle doit être une opération limitée aux cas d'affection maligne opérés pour des symptômes d'obstruction pylorique ou toute autre affection gastrique supposée bénigne, dans laquelle l'existence du cancer, bien que soupçonnée, ne peut être diagnostiquée avec certitude avant l'opération.

Dans les cas de cancer stomacal modérément avancé, la gastro-entérostomie doit être préférée à la gastrectomie partielle.

Si le cancer a fait des progrès au point qu'on ne peut même faire la gastro-jejunostomie, l'opération de la jejunostomie apportera du soulagement et pourra prolonger l'existence. L'alimentation doit commencer presque immédiatement après l'opération, en quantité modérée, comme on ferait pour un homme inanitié pour d'autres causes. On peut aussi recourir à l'alimentation rectale.

L. Jumon.

L'iléus, par Raitzenstein (*Zeitzchr. f. aertzl. Fortbildung*, 1er *mai* 1907). En dehors de l'intervention opératoire, on se bornera, si l'étranglement siège dans la partie supérieure de l'intestin grêle, à supprimer l'alimentation buccale, à procéder au lavage de l'estomac en cas de vomissements fécaloïdes intenses. On obtient parfois de cette façon une régression complète des accidents.

Si l'iléus siège sur le gros intestin, on peut donner des boissons glacées. Le lavage stomacal n'amènera aucun soulagement. En revanche, l'entéroclyse (jusqu'à 20 litres et davantage) peut provoquer une débâcle; il en est de même pour les lavements d'huile d'olive (1/2 à 1 litre). Les purgatifs sont très dangereux, à l'exception de l'huile de ricin qui peut rendre des services en cas d'iléus par parésie intestinale : ce dernier, s'il n'est pas compliqué de péritonite, peut être traité par le massage ou la galvanisation (10 à 50 M A, séances de 20 à 30 minutes).

L'opium, en atténuant les symptômes, peut faire perdre un temps précieux dans les cas où l'opération est indiquée : en revanche, il améliore l'état général.

Reste l'atropine, qui souleva un enthousiasme considérable il y a 5 ou 6 ans et dont il n'est plus fait mention aujourd'hui. L'auteur croit que cet abandon tient au fait que les observations de guérison de l'iléus par l'atropine n'ont pas été suffisamment explicites au sujet du diagnostic (iléus mécanique ou dynamique). La question mérite d'être reprise.

Il est indéniable qu'à la suite d'une injection d'atropine, le malade se calme, s'endort profondément, ne ressent plus de douleurs pour ainsi dire; mais ce résultat peut, comme avec l'opium, être plus dangereux qu'utile.

Se basant sur 20 cas traités par lui par l'atropine, l'auteur estime que cet alcaloïde constitue le médicament de choix dans l'iléus dynamique (parésie intestinale en cas de péritonite diffuse, iléus de cause réflexe, iléus des hystériques et saturnins). Dans les formes dues à un étranglement on peut s'en servir dans les 10 premières heures, avant de recourir à l'opération : dans l'iléus par obturation, on peut continuer longtemps à l'employer. Il faut injecter 0,01 gr. en 5 heures, divisés en 2 ou 3 injections.

E. Vogt.

Involution anormale de la glande mammaire et son traitement par l'opération, par Warren (*The amer. J. of the med. sc.*,

avril 1907). — A l'âge de la ménopause les lésions dégénératives de la glande mammaire sont fréquentes. L'auteur a divisé les cas d'involution anormale qu'il observés en groupe kystique et groupe proliferatif, comprenant les formes acineuse, papillaire et adénomateuse. Le diagnostic établi, beaucoup des médecins pensent que le traitement chirurgical est inutile et qu'avec le temps la tumeur kystique disparaîtra. La rupture du kyste aboutit souvent à l'oblitération du sac et l'aspiration a donné des succès entre les mains des chirurgiens. Cependant la ponction ne peut toucher tous les kystes et d'autre part elle peut déterminer une inoculation en cas de cancer. Le massage est toujours contre-indiqué, car la glande peut être le point de départ de lésions organiques sérieuses.

Pour éviter la présence de cicatrices en vue dans les opérations des kystes, l'auteur pratique ce qu'il appelle la résection plastique de la glande mammaire. Elle consiste dans une incision faite le long du bord externe du sein et s'étendant du coté de l'aisselle; elle atteint en profondeur la loge de la glande, de manière qu'en renversant la paroi antérieure de la plaie on puisse examiner la paroi postérieure de la glande. Il est alors facile de reconnaître la présence des kystes. On excise tout le segment de la glande, qui contient les kystes, autant que possible sans les ouvrir, ce qui se fait à l'aide d'une incision en forme de V, dont le sommet se trouve directement au-dessous du mamelon dans la portion centrale de la glande. Les segments restants de la glande sont alors incisés pour découvrir la présence éventuelle de kystes plus petits. Le nombre de ces incisions peut varier de deux à six ou huit. Dans les cas de ce genre l'auteur a auprès de lui un anatomo-pathologiste pour faire immédiatement un examen microscopique et afin de pratiquer une opération complète en cas de cancer. On procède ensuite à la fermeture de la plaie. Pour maintenir la glande dans sa position normale, on la suture par son bord externe au pectoral avec du catgut. La plaie cutanée est fermée au crin de Florence. La cicatrice est dissimulée et au bout de quelques mois il est impossible ou très difficile de trouver le siège de l'incision profonde. Sur 50 opérations, il n'y a jamais eu de récidive.

L. Jumon.

La radiothérapie peut-elle à elle seule guérir le cancer du sein? par Barjon (*Arch. d'électr. médicale*, 10 avril 1907). — L'auteur ne croit pas qu'il existe actuellement une observation bien probante, avec résultat définitif parfait de guérison, du cancer du sein par la radiothérapie. La cause de ce phénomène doit être cherchée dans le fait que les noyaux cancéreux sont volumineux, épais, profonds, noyés dans des masses adipeuses, et ne peuvent recevoir une dose de rayons thérapeutiquement active.

L'examen histologique de ces noyaux, soumis depuis longtemps à la radiothérapie, montre qu'ils ne présentent aucune différence avec un cancer non traité.

Donc, c'est au chirurgien à intervenir dans tous les cas opérables : ensuite, on fera de la radiothérapie préventive, et cela avec succés, car les cellules cancéreuses qui ont échappé au moment de l'ablation sont alors superficielles et accessibles.

E. Vogt.

Du danger du traitement rœntgenthérapique intensif dans les cancers ulcérés et très étendus de la face, par Guillemonat (*Annales d'électrob. et de radiologie*, février 1907). — L'auteur reproche à la méthode intensive de provoquer des accidents graves et même mortels, lorsque la surface à irradier présente une grande étendue. Il cite 2 cas de mort après une seule séance de 8 heures et un cas d'intoxication inquiétante après une séance de 6 heures. Dans les 2 premiers cas, on observa de la diarrhée profuse, avec température de 38°.

Actuellement, l'auteur ne fait jamais, en cas d'ulcérations étendues, absorber à toute la surface à la fois des doses dépassant 3 à 4 H. S'il se décide pour des doses de 6 à 7 H., il les fait absorber par section, lorsque certaines parties semblent prendre un développement plus rapide. Depuis qu'il a adopté cette manière de faire, il n'a plus eu d'accident.

Il semble indispensable, dans les cas de ce genre, de tenir un compte exact de l'étendue de la surface irradiée, car, si les radiations détruisent les cellules morbides et activent leur phagocytose, le nombre de ces cellules détruites ne saurait être indifférent.

E. Vogt.

De l'hémostase chez les hémophiles (*Soc. de chir.*, 20 mars 1907). — M. Toussaint

(médecin militaire) est d'avis, comme M. Broca, auteur d'une communication sur ce sujet, que le *sérum* en injections, associé à l'ergotine ou même le sérum gélatiné à 5 p. 100, constitue un excellent moyen de combattre les hémorragies chez les sujets prédisposés. Ainsi fit-il dans deux cas d'hémorragie lente et prolongée, dont l'une après une simple cure radicale de hernie. Il fallut plusieurs semaines avant d'obtenir la guérison définitive.

A. Benoit.

L'hémostase chez les hémophiles (*Soc. de chir.*, 27 mars 1907). — Il n'est pas aisé d'arrêter le sang, lorsqu'on opère d'urgence sur des sujets hémophiles. Le sérum n'est pas infaillible, fût-il spécifique. Témoin le cas que M. Mauclaire a cité à la Société de chirurgie. Un homme, atteint, il est vrai, d'hépatite et de purpura, vit survenir une double parotidite suppurée. L'auteur fit pratiquer la veille une injection de sérum antidiphtérique avant d'opérer. Puis il incisa les foyers. Une hémorragie emporta le malade en quelques heures.

A. Benoît.

Des injections de sérum sanguin frais dans les états hémorragipares, par M. P. Emile-Weil (*Tribun., méd.*, n° 2, 12 janv. 1907, p. 21). — Les sels de chaux favorisent la coagulation du sang, aussi MM. Wright et Carnot les ont-ils employés dans le traitement des états hémorragipares. Cette médication a donné d'excellents résultats. Les injections de sérum constituent aussi, d'après M. P. Emile-Weil, une thérapeutique rationnelle de ces mêmes états pathologiques. Le fait ne doit pas nous surprendre, puisque divers sangs incoagulables retrouvant, *in vitro*, leur coagulabilité lorsqu'on les additionne de sérum sanguin frais.

M. P. Emile-Weil a reconnu que les injections de sérum sanguin frais ont une influence heureuse sur divers états hémorragipares.

I. — *Dans les états hémophiliques.*

A. — Dans l'hémophilie spontanée, le sérum exerce une action préventive contre les hémorrhagies. C'est ainsi que deux malades, quelques jours après avoir reçu des injections de sérum, purent subir, sans pertes de sang exagérées, des opérations chirurgicales.

B. — Dans l'hémophilie familiale, les injections ont une action préventive. Elles sont également curatives ; soit qu'on les emploie comme médication générale (contre les hématuries par exemple), soit qu'on les injecte localement (cas d'un malade âgé de 12 ans, ayant depuis trois semaines un suintement sanguin gingival, qui, rebelle à tout traitement, cessa après l'injection de 1 cc. de sang défibriné de lapin).

II. — *Dans les états hémorragipares purpuriques.*

D'après M. P. Emile-Weil, les lésions sanguines, dans ces états pathologiques, ressemblent, mais ne sont pas identiques, à celles qu'on observe dans les hémophilies. Il y a, en général, en période d'hémorragie, coagulation plasmatique, retard de la coagulation, irrétraction du caillot, absence d'exsudation sérique.

Toutes ces anomalies diminuent, par l'adjonction, *in vitro*, de petites quantités de sérums frais ou de chlorure calcique. L'auteur a reconnu l'action curative des injections de sérums sanguins frais dans quatre cas de purpuras aigus, primitifs ou secondaires, dans deux cas de purpuras chroniques, et dans deux cas de purpuras chroniques accompagnés d'anémie pernicieuse.

L'auteur pense que les injections de sérum sont plus efficaces que les sels de chaux pour arrêter les hémorragies dans les états dyscrasiques. Ces injections agissent, d'ailleurs, par un mécanisme analogue à celui des sels de calcium : elles exaltent l'action de la thrombase.

M. P. Emile-Weil conseille, pour les injections de sérum, la technique suivante ; pour arrêter les hémorragies dyscrasiques chez un adulte, on injecte 15 cc. dans les veines, ou 30 cc. sous la peau. On peut, sans inconvénient, recommencer l'opération deux jours plus tard. Chez l'enfant on peut se contenter de doses moitié moins fortes.

Les sérums d'homme, de lapin, de cheval sont également efficaces. Le sérum de bœuf expose à des accidents. Il faut éviter d'utiliser du sérum recueilli depuis plus de quinze jours.

On peut se servir du sérum antidiphtérique de l'Institut Pasteur, mais il est préférable d'employer du sérum simple.

Pierre Sée.

Appareil pulmonaire.
Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,
Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de la fièvre des phtisiques par les antithermiques, par TOLLENS (*Deutsche med. Woch.* n° 8, 1907). — Les recherches de l'auteur l'ont conduit à étudier principalement la marétine (acide carbaminique du m-tolylhydrazide). Malgré la présence dans cette formule de la phénylhydrazine, substance extrêmement toxique pour l'hémoglobine, la combinaison ci-dessus paraît assez stable pour permettre d'éviter les accidents: ces derniers ne sauraient être exclus entièrement et l'on peut rencontrer des idiosyncrasies, analogues à celles qui causent la fièvre bilieuse hématurique après ingestion de quinine.

En cas de fièvre chez des phtisiques, la marétine semble, au même titre que le pyramidon et la phénacétine, constituer un excellent antithermique à la dose moyenne de 0,50 gr., : l'effet dure environ 12 heures, et la chute de la température se fait lentement. On n'observe pas d'effets accessoires désagréables comme avec la phénacétine. Si l'on veut, du reste, agir à coup sûr, on prendra pour règle d'administrer l'antithermique avant le moment où la température commence à monter, et l'on fera toujours bien, avant d'administrer le médicament à un malade, d'étudier exactement au préalable la courbe thermique.

E. VOGT.

Traitement de la fièvre des foins, par le Dr KOSTER (*Méd. Orient.*, n° 8, *Courrier Médical*, 16 décembre 1906. N° 50, p. 490). — Les poussières polliniques provenant des Graminées sont la cause principale de la fièvre des foins; il faut considérer aussi la susceptibilité spéciale du malade. Presque toujours les muqueuses oculaire, nasale et pharyngienne des personnes sujettes à cette affection présentent une sécheresse particulière. C'est cette sécheresse qui, selon M. Koster, favorise l'éclosion du mal, aussi faut-il la combattre par des moyens appropriés. L'auteur donne, à ce sujet, les conseils suivants: à l'époque de la fièvre des foins, le sujet prédisposé se gargarisera trois fois par jour avec une solution de chlorate de potasse à 3 p. 100. Cette solution peut également servir pour les lavages oculaires. Le malade prisera, une ou deux fois par jour, dix à vingt centigrammes de chlorate de potasse finement pulvérisé, et, le cas échéant, du menthol. Il renoncera au tabac, à l'alcool et aux mets épicés.

M. Koster, qui est sujet au rhume des foins a expérimenté sur lui-même et sur plusieurs malades cette méthode, et il en a reconnu l'efficacité.

PIERRE SÉE.

Sur le traitement du coryza des foins, par G. AVELLIS (*Münch. med. Woch.*, 12 mars 1907). — Le traitement local consistant dans la cautérisation galvanocaustique du cornet inférieur et au besoin du tubercule de la cloison, cautérisation que l'on répète ensuite, abrège et atténue beaucoup la période de début, de même que les années suivantes les attaques se réduisent à trois semaines. L'emploi des anesthésiques locaux réduit au minimum les troubles. Pour prévenir l'action du pollen des graminées l'auteur recommande le port d'un masque garni d'ouate qui sert à filtrer l'air, ou faute de mieux l'application de tampons de vaseline. Les sujets prédisposés doivent encore porter à ce moment de grandes lunettes semblables à celles des automobilistes.

Comme médicaments ayant une action spécifique on a employé une poudre préparée avec le pollen et appelée pollantine, mais les cas où son action est complète sont rares. Cette poudre se respire ou s'introduit dans le nez, surtout au début des accès de coryza. Le graminol a une action analogue et s'emploie de même.

L'emploi des anesthésiques locaux joue un grand rôle dans le traitement, malheureusement ils sont très toxiques pour la plupart. L'auteur recommande un mélange d'anesthésine et de paranéphrine sous forme de spray ou encore sous forme de pommade, lorsqu'il y a lieu de faire des applications sur les conjonctives.

Avec le traitement local il n'est pas besoin en général de faire changer le malade de climat ou de localité; il n'en est plus de même s'il est atteint d'asthme des foins.

L. JUMON.

Action du chloral, du dormiol, de l'hédonal et de l'isopral sur le cœur et les vaisseaux, par le Dr MAYOR (*Therap. Monatshefte*, mai 1907). S'appuyant sur une série

d'expériences sur les animaux, l'auteur classe, au point de vue de la novicité à l'égard des organes de la circulation, ces médicaments de la façon suivante, en allant du plus dangereux aux moins dangereux :

Chloral — Dormiol — { Hédonal / Isopral

Au point de vue de l'effet hypnotique, les expériences ont démontré qu'entre le chloral et le dormiol, les différences étaient trop faibles pour que ce dernier puisse présenter des avantages appréciables chez l'homme. L'hédonal semble plus maniable que l'isopral et doit être choisi de préférence. Tous deux, ne présentent pas, dans la pratique courante, d'avantages sur le chloral dont les effets, bien surveillés, sont très réguliers. Ce n'est que dans les cas où le cœur est atteint que l'on songera à s'adresser aux deux succédanés du chloral, car ils ont sur le véronal l'avantage de ne pas exagérer les réflexes.

L'hédonal est moins soluble que l'isopral : il est donc préférable de l'employer, car il est peut être dangereux de faire passer brusquement dans la circulation une quantité élevée d'hypnotique.

E. Vogt.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

Le traitement actuel de la tuberculose du larynx, par H. Barwell (*Arch. intern. de laryngol.*, mars 1907). — Dans les lésions superficielles, l'auteur fait les badigeonnages ou plutôt une friction énergique avec un tampon d'ouate imbibé de la solution de Lake qui est ainsi composée : Acide lactique 50 p. 100, formol 7 p. 100 et phénol 10 p. 100; la douleur de cette application ne dure guère que quelques minutes. Si ce traitement peut procurer la guérison en l'employant une fois par semaine, il est néanmoins préférable d'appliquer le topique tous les jours. On peut diminuer la réaction en diluant la solution ou en espaçant les séances.

Dans les cas d'ulcérations ou de granulations exubérantes de l'espace intéraryténoïdien on emploiera la curette de Hering; lorsque les aryténoïdes et l'épiglotte sont très infiltrés il faut procéder à l'exérèse avec la pince coupante de Lake où celle que l'auteur a fait construire : il faut que les parties malades soient enlevées aussi complètement que possible.

L'auteur estime que la cocaïnisation est utile avant d'employer l'emporte-pièce, mais non pour appliquer le topique, car elle a sur la santé générale et sur l'appétit l'effet le plus désastreux.

Donc, avant d'employer la pince coupante, il fait tomber goutte à goutte sur l'épiglotte et la région à opérer une solution de cocaïne ou d'alypine à 10 p. 100 à l'aide d'une seringue à canule courbe; il répète cette instillation au bout de 5 minutes et exécute l'opération 5 minutes après. On ne provoque ainsi pas de toux et comme on emploie très peu de solution il n'y a pas de symptômes d'intoxication.

Au traitement local il faut associer le traitement général. Sur 45 cas de tuberculose laryngée admis en 1906 à Mount-Vernon-Hospital, 20 n'avaient pas besoin de traitement local; chez 9 on pratiqua des opérations à la pince coupante pour soulager la dysphagie et sur les 25 autres malades, 6 guérirent et 7 furent très améliorés.

Dans les lésions superficielles on peut obtenir une amélioration remarquable par le repos seul de l'organe; mais le silence absolu a une action déprimante sur le malade et ne devra être prescrit que s'il y a des chances de guérison.

Pour calmer la toux, l'auteur prescrit l'héroïne jusqu'à la dose de 1 centigramme.

L'auteur fait trois groupes des cas de tuberculose laryngée : dans le premier il range les cas où la tuberculose pulmonaire est à la première période avec bon état général ou bien la tuberculose primitive du larynx. Comme, en général, les lésions laryngées sont peu profondes, elles peuvent être guéries par l'usage régulier des solutions; si les ulcérations sont profondes il faut recourir à la curette.

Le second groupe comprend les cas où la tuberculose pulmonaire est assez avancée pour qu'on n'ose espérer une guérison complète, mais où la marche est lente et l'état général bon; on peut encore y comprendre les cas plus avancés dont l'état est stationnaire ou en voie d'amélioration. Le larynx peut guérir dans un certain nombre de cas ou s'améliorer.

Les signes physiques de l'altération pulmonaire sont souvent masqués par ceux du

larynx; il faut observer longuement le malade avant d'entreprendre un traitement chirurgical.

Tandis que l'infiltration intéraryténoïdienne peut rester longtemps stationnaire, l'ulcération de cette même région a de la tendance à s'agrandir et à provoquer de la dysphagie; il faut donc traiter rapidement cette dernière par le curettage et les topiques. On agira de même vis à-vis d'une ulcération des cordes vocales qui altère la voix, ce qui jette l'inquiétude dans l'esprit du malade.

L'infiltration des bandes ventriculaires peut guérir par le traitement local.

Dans le troisième groupe il faut ranger les cas désespérés où il existe de la cachexie, de la fièvre hectique, etc., ou les cas de tuberculose aiguë. Le traitement doit être alors purement symptomatique afin d'alléger les souffrances du patient. C'est ainsi que la sécheresse et la gêne de la gorge seront traitées par les vaporisations, fumigations ou les pulvérisations d'une solution de menthol à 3 p. 100 dans l'huile de vaseline; les injections trachéales d'huile mentholée à 1 p. 100 sont aussi très utiles. On prescrira des aliments demi-solides et pas trop chauds qui réveillent moins la douleur à la déglutition. La morphine, la cocaïne ne seront prescrites qu'à la dernière période puisqu'ils sont nocifs pour l'état général; l'orthoforme leur est préférable.

Si la dysphagie persiste on peut enlever l'épiglotte infiltrée ou une petite partie de l'aryténoïde malade, opération qui souvent améliore ou fait disparaître la dysphagie. Si le volume de l'aryténoïde est une cause de dyspnée, il faut procéder à son ablation partielle; la plaie qui en résulte a une tendance extraordinaire à la guérison; en tout cas l'auteur n'a jamais vu l'état s'aggraver par cette intervention.

A l'hôpital de Mount-Vernon on examine au laryngoscope tous les malades atteints d'une affection quelconque de la gorge; on peut ainsi soigner, dès le début, une affection commençante du larynx et méconnue par le malade.

A. Courtade.

Sténose sous-glottique, post-diphtérique, traitée par l'électrolyse, par Descos et Deygas (*Soc. de sc. méd. de Saint-Etienne. Province médicale*, 27 avril 1907). Il s'agit d'un enfant de six ans et demi atteint de croupe, pour lequel on fit le tubage. Dans la suite, il fallut le retuber toutes les 24 ou 48 heures. Des symptômes pulmonaires surviennent avec fièvre. On fait la trachéotomie. Amélioration rapide, puis essais infructueux de tubage, d'où diagnostic sténose cicatricielle du larynx. A l'examen, la sténose était sous-glottique et n'admettait pas le passage d'un mince stylet. On recourut alors à l'électrolyse. L'électrolyse fut commencée d'abord à l'aide d'une aiguille à tricoter, puis d'une tige plus forte avec séance de quatre minutes jusqu'à 30 milliampères. On fit ensuite pendant un mois des séances de dilatation progressive par les béniqués jusqu'au n° 40, puis par les dilatateurs métalliques de Schrœtter, n°s 3 et 4. L'enfant resta néanmoins canulard, puis on put faire l'intubation et on remplaça le tube métallique par le tube de gélatine aluné. Deux mois après le tubage, on enleva définitivement le tube. L'enfant paraissait guéri lorsque dix jours plus tard il mourut brusquement, peut-être par suite de la compression des nerfs par les ganglions. Les auteurs ont préféré l'électrolyse à la laryngotomie qui est particulièrement grave. Une nouvelle méthode, d'après le Dr Sargnon, peut donner des succès inattendus et complets, sans gros accidents : c'est la laryngostomie ou laryngofissure, pansée et dilatée pendant des mois avec des tubes de caoutchouc. C'est à cette méthode qu'il faut donner la préférence dans les cas de sténoses cicatricielles laryngées graves.

L. Jumon.

Kyste dermoïde du lobule de l'oreille, par Citelli (*Arch. internat. de laryng.*, mars 1907). — L'auteur a observé un cas de kyste dermoïde du lobule chez un homme de trente ans ; six ans avant de consulter le malade constate qu'il se forme sur le lobule une petite tumeur indolente qui augmente graduellement. Une première intervention fut suivie de récidive au bout de huit à dix mois ; la tumeur s'ulcéra et le contenu d'odeur nauséabonde s'évacua; la grosseur ne tarda pas à se reformer. Quand M. Citelli examina le malade la tumeur avait le volume d'une demi-noisette qui soulève la face postérieure du lobule à laquelle elle adhère.

On porte le diagnostic de kyste sébacé comme la première fois. L'opération est pratiquée; la tumeur est circonscrite par deux incisions courbes qui se rejoignent en

haut et en bas de façon à pouvoir enlever une partie de la peau adhérente au kyste; puis avec le bistouri ou la sonde cannelée, on dégage la poche sans l'ouvrir et on peut ainsi l'extraire en entier. Deux points de suture et poudre d'iodoforme sous le pansement occlusif et compressif; au sixième jour les points de suture sont enlevés; la plaie est guérie.

Le malade revu dix-huit mois après l'intervention ne présentait point de récidive.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un cholestéatome primitif du lobule; dans le contenu de la poche il n'y avait ni graisse, ni cholestéarine, ni poils, mais seulement des cellules de la couche cornée qui se desquamait sans cesse.

A. Courtade.

Maladies vénériennes. — Maladies de la peau.

Dr Morel-Lavallée,

Médecin des hôpitaux.

Traitement du psoriasis, par Barendt (*Folia therapeutica*, avril 1907). — Le traitement du psoriasis peut être divisé en trois périodes : préliminaire, curative et prophylactique.

Dans la première on enlève complètement les squames de manière à permettre l'application directe des médicaments qui doivent agir sur le réseau vasculaire du derme. Pour les régions dépouvues de poils on se sert du savon mou ou du savon vert, si les plaques sont grandes on laisse le savon appliqué à l'aide d'une pièce de flanelle. Le lendemain matin, bain chaud et brossage. Dans le bain on peut au besoin gratter les plaques les plus rebelles à la pierre ponce. Parfois on augmente la proportion de liqueur de potasse dans le savon mou. Pour les parties recouvertes de poils on frictionne avec une solution alcoolique de savon mou, puis on lave les régions à l'eau chaude. On peut finalement se servir d'éther si les plaques sont épaisses.

En dépit de ses inconvénients, la chrysarobine est un des médicaments les plus efficaces dans le psoriasis. Le patient doit être informé de ses propriétés tinctoriales de façon à se servir de vieux linge de corps. Les régions affectées sont frictionnées matin et soir avec une pommade à la chrysarobine à 4 p. 100. Puis on saupoudre avec un mélange par parties égales de talc de Venise, d'amidon et d'oxyde de zinc. La pommade doit être employée jusqu'à ce que les efflorescences deviennent blanches et la peau voisine rouge. La poudre sert à calmer la dermatite produite par la chrysarobine. Lorsque l'éruption s'est modifiée cette pommade est remplacée par la pommade au mercure ammoniacal dont l'action est plus lente, surtout sur le cuir chevelu. Si c'est nécessaire on y incorpore 2 à 5 p. 100 d'acide salicylique. Contre les plaques rebelles on peut employer la pommade à la chrysarobine additionnée de 2 à 4 p. 100 de naphtol B. On obtient encore un résultat très rapide par un badigeonnage avec l'acide phénique liquéfié. Dans trois cas très rebelles l'auteur s'est servi avec un résultat excellent de mono-acétate de pyrogallol.

Par le traitement prophylactique il faut agir sur la nutrition du patient. On a recours ici aux diverses préparations arsenicales, à la liqueur de Fowler à doses progressivement croissantes jusqu'à ce qu'une réaction physiologique se produise. Trois fois par semaine le malade fait une friction avec un mélange de naphtol B à 2 ou 3 p. 100 dans l'huile d'amande et la lanoline, puis applique la pommade mentionnée. Un bain chaud une ou deux fois par semaine avec friction au savon naphtolé, Le malade ne portera pas de flanelle sur la peau, mais du lin ou un mélange lin et coton ou de la soie. La peau doit être onctionnée légèrement avec de l'huile d'olive avec séchage à la sortie du bain.

L. Jumon.

Traitement de la syphilis héréditaire chez l'enfant, par le professeur Nicolas (*La Province médicale*, 23 mars 1907). — Pour éviter d'abord l'influence néfaste de la syphilis sur la descendance, il faut n'autoriser le mariage à l'homme syphilitique qu'après quatre ans au minimum; les cas de contagion tardive sont des exceptions. Au bout de la quatrième, cinquième année, dans les syphilis bénignes, quand le malade n'aura plus eu de manifestations virulentes depuis deux ans, le mariage pourra être permis. On pourra faire suivre au malade une période de traitement avant son mariage et lui recommander, si cela est possible, de retarder sa paternité. Dans les

siphylis contractées après le mariage, le traitement doit être énergique et prolongé, la procréation doit être interdite pendant un nombre d'années suffisant. Pendant la grossesse, le mère reconnue syphilitique suivra un traitement actif. Si le père seul est syphilitique, il faut faire suivre un traitement à la mère en cas de grossesses malheureuses antérieures ou lors d'une première grossesse, si la syphilis du père est active. Ce traitement sera mercuriel.

Dans la syphilis héréditaire précoce, l'enfant sera nourri au sein par sa mère ou par une nourrice syphilitique. Jamais on ne le donnera à une nourrice saine. Si l'allaitement au sein est impossible, on aura recours au lait d'ânesse, de chèvre ou au lait stérilisé.

Le traitement mercuriel sera institué chez l'enfant dès la naissance. On peut utiliser la mercurialisation indirecte en faisant absorber le mercure à la mère, à la nourrice ou à l'animal, dont le lait sera ainsi mercurialisé. Il est préférable de recourir à la mercurialisation directe. On fait prendre à l'enfant de la liqueur de Van Swieten, XXX gouttes par jour le premier mois, XL le second mois, XC le troisième, plus tard une à deux cuillerées à café dans le lait. On peut donner le lactate de mercure en solution au millième aux mêmes doses, soit 1 à 3 centigrammes de calomel par jour, soit du mercure *cum creta* (1 à 2 centigrammes à la naissance, 5 centigrammes de six mois à un an). Les frictions sont faites avec 1 à 2 grammes d'onguent napolitain pendant dix-huit à vingt jours par mois à la plante des pieds.

Les injections solubles, sublimé, benzoate, bi-iodure, seront faites par série de 10 à la dose de 2 milligrammes par jour, avec trois ou quatre semaines de repos entre les séries. L'auteur recommande moins les injections insolubles (1 à 3 centigrammes de mercure par injection tous les six à huit jours). Le traitement sera intermittent dans la seconde année. L'iodure de potassium doit être employé avec prudence, à la dose de 20 centigrammes par année d'âge. Le traitement mixte peut être utile dans les accidents à type tertiaire. Une médication reconstituante doit être jointe au traitement mixte dans la syphilis héréditaire tardive.

L. JUMON.

Maladies des voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Emploi de l'adrénaline pour la réduction du phimosis, par NÉMERY (*Revue internationale de médecine*, janvier 1907). — On enveloppe le gland et le prépuce jusqu'en arrière de la bride d'étranglement avec une bandelette d'ouate hydrophile imbibée d'un mélange à parties égales d'un solution d'adrénaline au 1/1000e et d'une solution de cocaïne au 1/10e. On maintient cette bandelette sur le bourrelet œdématié avec quelques tours de bande.

Au bout de 15 minutes environ, l'œdème a presque complètement disparu et la réduction s'opère facilement.

M. DESCHAMPS.

De l'introduction par l'électricité de substances médicamenteuses dans la muqueuse urétrale, par LUYS (*La Clinique*, 25 janvier 1907). — Quand l'infection blennorragique a pénétré dans les couches profondes de la muqueuse urétrale, les traitements ordinaires échouent fréquemment, parce qu'ils n'ont qu'une action superficielle. L'auteur a guéri deux cas d'urétrite rebelle en utilisant la propriété qu'a le courant électrique de faire pénétrer le médicament à travers les tissus ; deux séances d'un quart d'heure environ ont suffi.

Après avoir lavé l'urètre on y introduit un béniqué en argent relié au pôle positif, une électrode reliée au pôle négatif est placée sur la cuisse : on fait passer le courant pendant un quart d'heure environ, en allant jusqu'à 10 milliampères. Au bout de ce temps, le béniqué adhère à la muqueuse au point qu'on ne peut l'enlever ; on renverse alors le courant pendant quelques minutes et on enlève alors facilement le cathéter, qui est noir à cause de l'oxydation produite par le courant.

M. DESCHAMPS.

Traitement de la blennorragie, par J. STERNE (*Revue méd. de l'Est*, avril 1907). — Bien qu'on soit toujours consulté trop tard pour tenter un traitement abortif de la blennorragie, l'auteur a pu cependant juguler en quelques jours la maladie dans trois cas par les instillations de protargol à

5 p. 100. Dans les cas ordinaires, voici comment il procède. En dehors des recommandations classiques d'hygiène alimentaire, il faut surveiller de près le fonctionnement des intestins et prescrire des laxatifs légers. Tous les deux jours grand bain assez chaud d'un quart d'heure. Comme médicament interne, l'auteur se contente de donner l'uretropine à la dose de 0,75 centigr. deux fois par jour.

Dès le premier examen du malade, il commence de suite des injections avec une solution d'oxycyanure de mercure d'abord très faible à 0,15 p. 400, puis au bout de huit jours à 0,20 et 0,30 p. 400. Ces injections diminuent les douleurs et modifient l'écoulement qui devient généralement presque blanc au bout d'une douzaine de jours environ. Dès que le méat est moins rouge, commence la deuxième partie du traitement. Tous les deux ou trois jours, au moyen d'une sonde à instillation et d'une seringue, on remplit le canal avec une quantité de 5 à 8 centimètres cubes d'une solution de protargol à 5 p. 100, en procédant très doucement et en introduisant le liquide d'avant en arrière, jusqu'à la région prostatique. On retire la sonde, on obture le méat avec le pouce et l'index de la main gauche, puis avec la main droite on pratique un massage de quelques minutes tout le long du canal, en insistant aux endroits sensibles. On laisse égoutter le trop plein du liquide et on entoure le gland d'une bande de coton, en recommandant au malade de ne pas uriner autant que possible avant un quart d'heure.

Les deux premières instillations déterminent le plus souvent une certaine sensation de brûlure qui disparaît après la première miction, mais jamais de violentes douleurs. Le lendemain l'écoulement est presque incolore, mais plus abondant; la quantité diminue rapidement et en général il suffit de cinq à six instillations de protargol. Quand il n'existe plus qu'un peu de suintement, on fait reprendre, une dizaine de jours, deux ou trois injections quotidiennes de la solution forte d'oxycyanure.

Le même manuel opératoire est applicable aux formes chroniques ou traînantes. L'auteur a renoncé aux lavages, qui donnent quelquefois de bons résultats, mais ne font souvent que masquer l'écoulement; souvent aussi, fait par le malade, ils transportent l'infection dans l'urètre postérieur. Sur 120 malades, le traitement indiqué n'a pas produit une seule fois l'épididymite. Ce traitement a varié de 14 à 62 jours avec guérison complète.

L. Jumon.

Sur les rétrécissements congénitaux de l'urètre, par Posner (*Société Hufeland*, 17 janv. 1907). — L'auteur rapporte l'observation d'un enfant de onze ans qui présentait un rétrécissement congénital de l'urètre de la région bulbaire, ayant déterminé de la rétention à l'occasion d'une infection probablement endogène de son appareil urinaire; il fit à ce moment, en effet, de la pyélite, avec pyurie, hématuries, cystite. Le traitement consista à dilater le canal et à laver la vessie.

A ce propos Frank fait remarquer qu'il ne faut pas, chez les malades vierges de gonocoques, se hater de porter le diagnostic de rétrécissement congénital sans avoir étudié soigneusement les antécédents: bien souvent les infections aiguës, et en particulier la rougeole et la scarlatine, la fièvre typhoïde, la grippe, la diphtérie, peuvent se compliquer d'urétro-cystite capable de déterminer plus tard des rétrécissements du canal.

M. Deschamps.

Traitement électrique de l'incontinence essentielle d'urine, par G. Bidou (*La Province médicale*, 20 avril 1907). — Les cas d'incontinence essentielle peuvent être groupés sous deux chefs : l'une, due à l'absence de contrôle cérébral des centres lombaires, l'autre, à la faiblesse et à l'atonie du sphincter vésical. Dans le premier cas, il faut réagir assez fortement dans le but de faire une véritable rééducation. Le procédé de choix sera l'étincelle statique, ou les effluves et étincelles de haute fréquence, ou encore la faradisation énergique de la région périnéale et vulvaire. L'intervention sera très marquée, presque douloureuse.

Dans le second cas, celui de paresse du sphincter, on augmentera l'énergie du muscle par les applications externes de courant faradique, suivies d'interruptions rythmées, et, en cas d'insuccès, en faisant des applications intra-urétrales, suivant le procédé de Guyon. Mais ce second procédé ne doit être employé qu'en dernier ressort.

La technique externe est simple : une électrode de 14 × 14 centimètres est placée à la région lombaire ou abdominale et l'autre, de la dimension nécessaire, est mise à la région périnéale ou vulvaire. Ces plaques

sont reliées à une source de courant faradique (bobine à gros fil), dont l'intensité est poussée jusqu'à ce que les contractions abdominales soient nettement visibles. Le courant passe pendant dix ou 15 minutes, puis le faradique est remplacé par le galvanique, le pôle positif étant à l'électrode périnéale (1 : 20-30 Ma). Le courant est interrompu d'une façon régulière (60 interruptions par minute). Ce procédé donne les meilleurs résultats.

M. Marquès a indiqué une méthode d'application analogue.

L. Jumon.

De la valeur comparative des différents cystoscopes, par Pasteau (*Journal des Praticiens*, 2 mars 1907). — L'histoire de la cystoscopie comprend trois phases : 1° l'appareil de Bozzini de Francfort (1807) qui, le premier, eut pour but de regarder dans la vessie ; 2° l'appareil de Brunk, de Breslau (1867) qui, après Désormeaux, eut l'idée de porter la source de lumière dans la vessie même ; 3° l'intrument de Nitze, qui permet d'examiner une surface relativement étendue de la vessie grâce à l'appareil optique.

Ce dernier, actuellement employé, est seul, un véritable appareil d'observation, un véritable instrument de diagnostic. Les cystoscopes à vision directe, que l'on tente actuellement de remettre en honneur, ne sont que des instruments rétrogrades, qui ne doivent être employés qu'après celui de Nitze, lorsqu'on cherche à explorer la vessie, car ils ne permettent de voir que tout juste le segment vésical placé au bout du tuyau. Leur seul mérite est de pouvoir permettre un traitement local de certaines affections vésicales par des attouchements et des cautérisations, et même l'extraction de corps étrangers et le cathétérisme des uretères.

M. Deschamps.

Doit-on opérer toutes les tumeurs de la vessie, par Cathelin (*Le Médecin praticien*, 26 février 1907). — Les polypes doivent être opérés par la taille : on doit rejeter d'une façon absolue la méthode endovésicale de Nitze qui offre trop peu de sécurité, car l'ablation doit être large et l'hémostase parfaite.

Le cancer de la vessie qui, au contraire du polype pédiculé, est toujours sessile, doit être respecté par le chirurgien. Ces opérations curatives doivent toujours être rejetées, même lorsqu'on peut les pratiquer largement ; tout ce que le chirurgien peut se permettre de faire, c'est le méat hypogastrique, si les symptômes le commandent.

Un cancéreux vésical vit plus longtemps sans opération qu'opéré.

M. Deschamps.

Le traitement chirurgical de l'orchi-épididymite blennorragique aiguë, par Kendirdjy (*La Clinique*, 15 février 1907). — L'auteur reproduit les conclusions de Baerman et de Hagner sur le traitement chirurgiral des épididymites blennorragiques aiguës.

Dans la plupart des cas d'épididymite blennorragique il y a une collection suppurée à gonocoques dans l'épididyme, accompagnée d'hydrocèle ; l'évacuation chirurgicale de ce pus est inoffensive, elle met à l'abri de l'obstruction du canal déférent et de l'atrophie testiculaire ; l'infiltration disparaît plus rapidement, la douleur cède presque immédiatement.

Le manuel opératoire préconisé par Hagner est le suivant : on incise le scrotum sur une longueur de 6 à 10 centimètres, y compris la vaginale, on pratique ensuite sur l'épididyme extériorisé une série de ponctions avec la lame d'un ténotome ; à l'endroit où il vient du pus, on agrandit l'orifice et on met un drain par lequel on fait un lavage au sublimé ; on suture ensuite l'incision scrotale, excepté à la partie déchirée, où on laisse une petite mèche de gaze.

M. Deschamps.

Traitement conservateur de la tuberculose du testicule, par Loze et Privat (*Journal des Praticiens*, 16 février 1907). — Trois cas peuvent se présenter : 1° le tubercule est ramolli ; 2° le tubercule est dur ; 3° il y a fistule.

Si le tubercule est ramolli, il faut ponctionner le foyer avec une aiguille n° 4 et aspirer avec un aspirateur Dieulafoy réduit. L'aspiration est arrêtée un peu avant l'évacuation complète de la poche, ou dès qu'apparaît une goutte de sang dans l'aspirateur. On injecte alors par l'aiguille laissée en place 2 à 5 cc. du mélange suivant :

Huile stérilisée.....	50 gr.
Éther.....	50 gr.
Créosote.....	2 gr.
Iodoforme.....	5 gr.

La ponction et l'injection sont renouvelées toutes les quarante-huit heures; lorsque le pus n'aura plus l'aspect grumeleux, on se contentera de faire la ponction seule tous les 3 ou 4 jours. Si le pus continue à se former et que la poche n'ait pas de tendance à se tarir, on injectera 2 à 5 cc. d'éther iodoformé. Lorsqu'il y aura tout autour du foyer des grosses masses dures on injectera 2 à 3 cc. de naphtol camphré dans la poche pour les ramollir. Le naphtol camphré peut être injecté sans danger à cette dose dans une cavité préformée; pour plus de sûreté cependant on pourra l'injecter émulsionné dans la glycérine, une partie de naphtol pour quatre parties de glycérine (le mélange est bien fait lorsque, versé dans l'eau, ils'y mélange complètement sans s'éparpiller en petites gouttelettes comme le fait le naphtol camphré pur; il ne doit pas être employé plus d'une heure après sa préparation).

Si le tubercule est dur on le ramollira en injectant du naphtol camphré tous les deux jours jusqu'à ramollissement, on traitera alors le foyer comme il est indiqué plus haut. On peut injecter chaque fois, très lentement, 1 à 2 cc. de naphtol pur et 5 à 10 cc. de l'émulsion glycérinée.

S'il y a fistule on injectera tous les jours les mêmes liquides modificateurs; dans le cas où l'état général serait mauvais il faudrait conseiller la castration. S'il y a d'autres foyers voisins, on ne doit les traiter que lorsque la fistule est guérie.

M. Deschamps.

La prostatectomie dans l'hypertrophie prostatique. Un nouveau procédé par voie combinée, par le Dr Emilio Dominguez (*Thèse de doctorat*, Madrid 1906). — La prostatectomie est bien supportée par tous les malades : chez aucun des opérés étudiés par l'auteur on n'observa d'accidents pendant l'acte opératoire.

Opérer le plus tôt possible, car l'expérience démontre à l'évidence que plus les lésions, tant locales que générales, sont développées, et plus les résultats obtenus par l'intervention sont précaires.

Faire un bon drainage cysto-périnéal systématique est toujours nécessaire car, sous son influence, la vessie se vide facilement et constamment : en même temps la fièvre disparaît, les urines deviennent claires et l'appareil rénal se décongestionne. Au bout d'un certain temps, variable avec chaque cas, il faut y substituer la sonde urétrale permanente.

Il faut faire une prostatectomie totale : dans tous les cas où on l'avait fait partielle des phénomènes de rétention dans quelques fistules se sont présentés et on risque alors de voir augmenter de volume les reliquats glandulaires qu'on a laissés et qui sont susceplibles de transformation épithéliale.

C'est en raison de ces contingences que l'auteur s'est vu obligé d'adopter le procédé de Cathelin, qu'il recommande pour tous les cas, exception faite pour l'hypertrophie limitée au groupe glandulaire sous-muqueux cervical; dans ce dernier cas on peut faire l'extirpation par voie hypogastrique.

Considérée au point de vue des fonctions génésiques la prostatectomie donne de mauvais résultats.

L'âge avancé et la fièvre persistante ne constituent pas de gros inconvénients pour intervenir; par contre la cachexie profonde et le mauvais fonctionnement des reins sont des contre-indications absolues.

F. Berini.

Albuminurie provoquée par la palpation du rein (*Semaine médicale*, 30 janvier 1907). — D'après Schreiber, la palpation du rein provoquerait toujours une certaine quantité d'albuminurie; dans les cas où elle manquerait, c'est que la palpation n'a pas été immédiate, qu'elle a été masquée par le foie ou par la contraction musculaire. Pour la constater, il faut vider préalablement la vessie, pour que l'albumine ne soit pas diluée par une trop grande quantité de liquide, car elle est légère; elle est en outre transitoire, elle atteint sa quantité maxima un quart d'heure, et disparaît au bout de deux heures. Si la palpation d'une tumeur de la région lombaire ne provoque pas d'albuminurie, c'est qu'elle n'appartient pas au rein.

Gebrovski affirme qu'un rein sain donne à la palpation une légère quantité d'albumine, qui cesse au bout de deux heures : si le rein est malade l'albuminurie est plus abondante et subsiste encore le lendemain. Si la palpation ne provoque pas d'albuminurie c'est que l'uretère est oblitéré ou qu'il y a destruction complète du parenchyme rénal. On peut rencontrer aussi de l'épithélium rénal non altéré des cylindres mu-

queux hyalins ou granuleux, et, dans les cas de néphrite chronique, des cylindres graisseux.

M. Deschamps.

Sur la pyélite aigüe et chronique et son traitement, par H. Lenhartz (*Münch. med. Woch.*, 16 avril 1907). — Il s'agit ici seulement de la pyélite primitive ou de celle qui survient à la suite de la grossesse et de l'accouchement, à l'exclusion de la pyélite calculeuse et de celle qui survient dans les maladies de la moelle. La pyélite aigüe et chronique évolue dans les trois quarts des cas avec des phénomènes fébriles qui sont assez caractéristiques : elle s'accompagne de phénomènes généraux dus à l'infection, et le rein est sensible à la pression. L'urine présente des altérations particulières et l'examen bactériologique y fait souvent reconnaître l'existence du colibacille et du protéus. Les malades qui sont cliniquement guéris complètement et ne ressentent plus aucun trouble, émettent cependant une urine qui contient le plus souvent des germes. Comme traitement, l'auteur donne la préférence au lavage des reins par l'ingestion abondante d'eau de Wildungen ou d'eaux analogues, ou par l'usage d'infusion chaude de fleurs de tilleul. Il est impossible de faire disparaître les germes avec n'importe quel médicament et si l'on se sert de l'urotropine ou de l'helmitol, il est préférable de ne pas laisser trop longtemps les malades sous l influence de ces médicaments, qui peuvent être utiles, employés d'une façon temporaire. L'auteur fait boire tous les jours environ deux litres d'infusion chaude de tilleul : de cette manière il obtient un lavage assez complet du bassin et de la vessie, mais ce traitement doit-être continué pendant des semaines et des mois. Rarement on est obligé de recourir aux opiacés pour combattre la douleur, mais on peut appliquer sur la région des reins deux vessies de glace ou des coussins chauds. Un traitement actif de la vessie n'est indiqué que si elle est réellement malade, car autrement les lavages sont superflus ou nuisibles. Si une tumeur se développe, on peut faire disparaître les troubles par une ponction, mais presque toujours la disparition est spontanée.

L. Jumon.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL,

Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité.

Le traitement de la mammite par la stase de Bier, par Zacharias (*Münch. med. Woch.*, 9 avril, 1907). — L'auteur a eu recours au traitement antiphlogistique ordinaire dans 30 cas de mastite, avec 10 cas d'ouverture d'abcès, le traitement de Bier a été, d'autre part, appliqué dans 33 cas, avec 2 cas ayant nécessité l'intervention opératoire, mais où le traitement avait été institué trop tard. L'avantage du traitement par la stase dans la mammite est de pouvoir être commencé dès le début de l'inflammation, sans pour cela que la femme cesse de donner le sein. S'il doit y avoir une interruption dans l'allaitement, l'application de la ventouse aspirera le lait et entretient la fonction sécrétoire jusqu'à ce que l'inflammation soit passée. Si l'on est obligé de recourir à l'incision, il suffira de faire une petite ponction avec le bistouri.

Au début l'auteur a appliqué la ventouse deux fois par jour pendant une heure ; dans ces derniers temps l'application a été faite deux à trois fois par jour pendant trente minutes, mais en enlevant la ventouse au bout de dix minutes pour la replacer ensuite, parce qu'on obtient ainsi de meilleurs résultats. Il faut éviter d'employer d'abord une stase excessivement longue, parce qu'elle peut déterminer des troubles locaux de nutrition. Après la chute de la température et la disparition de l'infiltration douloureuse, le traitement n'a pas eu besoin d'être continué plus de deux à quatre jours. Dans un cas seulement on a prolongé le traitement durant neuf jours à cause de la persistance de la sensibilité à la pression. On doit craindre la production de la suppuration lorsqu'au bout de trois jours de traitement la température n'est pas descendue à la normale. Une fois la récidive s'est produite au bout de dix jours, après la disparition des premiers accidents inflammatoires. La stase de Bier ne semble pas guérir plus vite que le traitement antiphlogistique, mais lorsqu'elle est instituée de bonne heure, la suppuration est beaucoup plus rare. Pour produire la stase on emploie des cloches de différentes grandeurs, embrassant tout le sein et pourvues d'une

pompe aspirante. Le vide ne doit jamais être poussé juqu'à produire de la douleur, l'avantage de la méthode étant précisément de calmer la douleur inflammatoire. L'enlèvement de la ventouse doit ensuite se faire d'une façon lente en laissant peu à peu entrer l'air. Pour faciliter l'adhérence, on peut munir le rebord de la cloche d'un manchon de caoutchouc formant bourrelet. Enfin, l'auteur insiste sur la nécessité des soins prophylactiques pour éviter la mammite, lavages à l'eau et à l'alcool, badigeonnages tous les deux jours avec une solution alcoolique à 10 p. 100 de tannin.

L. JUMON.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Les anémies infantiles, par M. SIMON. (*Ve Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie tenu à Alger du 1er au 16 avril 1907.*) — D'après M. Simon, les anémies sont fréquentes chez les enfants âgés de six mois à six ans. L'auteur distingue plusieurs types cliniques qui sont :

1° *L'anémie simple*, caractérisée par une dénutrition marquée, la décoloration des muqueuses, la rapidité du pouls, une dyspnée légère et parfois par la diarrhée et des vomissements. On observe également un abaissement du nombre des globules et une diminution de la valeur globulaire. Cette anémie est souvent d'origine infectieuse ; elle est due quelquefois au rachitisme.

2° *L'anémie chlorotique*, dans laquelle on constate une extrême pâleur et des troubles psychiques, (tristesse, etc.). A l'auscultation, on entend des souffles inorganiques, des bruits veineux des jugulaires. Le nombre des hématies et des leucocytes reste normal ; l'hémoglobine, par contre, se trouve diminuée jusqu'à tomber au tiers de sa quantité physiologique.

3° *L'anémie pernicieuse*, qui est accompagnée d'hémorragies cutanées et muqueuses (en particulier rétiniennes). A l'examen du sang, on constate une diminution du nombre de globules rouges, une augmentation de la valeur globulaire, une légère leucocytose et la présence de globules nucléés.

4° *L'anémie splénique*, qui comprend tous les cas d'anémie infantile accompagnés de splénomégalie. On constate les signes suivants : pâleur et amaigrissement extrêmes, faiblesse du pouls, dyspnée, rate énorme. L'examen du sang donne des résultats différents suivant la gravité de l'affection, si bien qu'il est utilisé à la fois pour le diagnostic et le pronostic. Dans les cas relativement bénins, on constate une diminution du nombre des globules rouges, un abaissement du taux de l'hémoglobine et de la valeur globulaire. Dans les cas de moyenne intensité, les trois valeurs précédentes sont encore plus abaissées et on constate la présence de quelques globules nucléés. Dans les cas graves, enfin, les hématies nucléées sont très nombreuses.

Le *traitement* varie suivant les cas, et doit surtout s'adresser à la cause de l'anémie. La cure d'air, les agents physiques (Rayons Rœntgen), le fer, l'arsenic, certains sérums sont, selon l'auteur, de bons moyens thérapeutiques.

On peut leur adjoindre l'opothérapie avec l'extrait splénique et la moëlle osseuse de veau.

PIERRE SÉE.

Les anémies de la première enfance, par MORICHAU-BEAUCHANT (*Arch. médico-chir. du Poitou*, mai 1907). — Il n'est pas difficile de diagnostiquer l'anémie chez l'enfant, il est plus difficile d'en trouver la nature. On recherchera d'abord les causes dans les antécédents d'alimentation, les maladies infectieuses, les intoxications, les mauvaises conditions hygiéniques, ce qui est très important pour le traitement. La première indication est d'abord de traiter la cause. Employer le traitement spécifique contre l'anémie syphilitique, combattre avec soin les troubles digestifs, instituer une alimentation réparatrice riche en fer. Recommander la vie au grand air, les frictions, les bains salés.

Pour activer la rénovation sanguine, deux médicaments méritent d'être retenus, le fer et l'arsenic. Le traitement ferrugineux donne des résultats surprenants dans l'anémie à type chlorotique des jeunes enfants. Il est toujours bien toléré, malgré les troubles digestifs fréquents chez les petits malades. Leenhardt recommande le protoxalate de fer, dont on donnera 30 cen-

tigrammes en deux fois au-dessous de quinze mois et 40 centigr. au-dessus de quinze à dix-huit mois.

Dans les autres formes, la médication arsenicale paraît donner de meilleurs résultats. Le cacodylate de soude ou l'arrhénal sont particulièrement à recommander en injections sous-cutanées ou par la voie buccale. Dans les formes graves d'anémie, on aura recours à l'opothérapie avec l'extrait splénique et surtout la moelle osseuse de veau. L'injection de sérum d'animaux fraîchement saignés, suivant la méthode de Carnot, ou plus simplement de sérum antidiphtérique frais est un des meilleurs traitements à opposer à l'anémie pernicieuse.

L. Jumon.

Le régime dit « sec » contre la diarrhée des enfants en bas âge, par M. Germain Ort (*Journal de méd. de Paris*, n° 12, dimanche, 24 mars 1907, p. 109). — Le régime sec a été employé contre la diarrhée des nourrissons par MM. Gallois, Abrami et Blairon, en 1905, puis expérimenté à l'hôpital Hérold par M. Lesage. M. Germain Ort recommande également ce régime et l'organise de la manière suivante : on donnera, par 24 heures, six à sept repas, en laissant entre eux un intervalle minimum de deux ou trois heures. Pour préparer le repas, on prend une cuillerée à café de fromage frais dit « Petit-Suisse »; on y ajoute une pincée de sucre en poudre, puis une ou deux cuillerées à bouche de lait, d'eau simple ou d'eau d'orge. On remue le mélange jusqu'à ce qu'il soit homogène. On obtient ainsi un aliment d'un goût agréable et facilement accepté par le nourrisson. Ce régime sec doit être scrupuleusement observé, et on ne donnera à l'enfant aucune boisson.

Lorsque le nourrisson est âgé de trois à cinq mois, on lui donnera dans les 24 heures, 50 à 60 grammes de fromage. A partir de huit mois et jusqu'à un an on pourra doubler cette quantité.

Lorsque l'enfant est au sevrage, on apportera quelques modifications au régime : on donnera, le matin à sept heures, un jaune d'œuf battu avec du sucre dans 60 à 100 grammes de lait ; à dix heures, un ou deux gâteaux secs genre « Petit-Beurre » ; à midi ou une heure, un repas composé d'une cuillerée à soupe de fromage sucré et mélangé au lait jusqu'à consistance crémeuse ; à cinq heures, un gâteau sec; enfin à sept heures, une bouillie avec 100 ou 150 grammes de lait.

Les liquides, dans ce régime sont donc réduits à un minimum de 200 à 350 grammes de lait. On appliquera le traitement pendant quarante-huit à soixante-douze heures; la diarrhée doit alors cesser rapidement. Dans le cas contraire, il est inutile d'insister, car on a affaire à une diarrhée rebelle.

Lorsque la diarrhée aura disparu, on reviendra progressivement à une alimentation normale. Il suffira d'ajouter chaque jour un peu de lait au régime et de substituer la tétée ou le biberon à un, deux, puis à la totalité des repas.

Pierre Sée.

Les troubles de croissance du membre inférieur au cours de l'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou chez les enfants, par Laroyenne et Flaissier (*La Province médicale*, 13 avril 1907). — Ces troubles ont été étudiés sur des ostéo-arthrites tuberculeuses du genou traitées par des moyens non-opératoires, c'est-à-dire par l'immobilisation et les injections modificatrices. D'après les observations de Nové-Josserand, de Roland, etc., les effets le plus souvent observés sont l'allongement du fémur et le raccourcissement du tibia. Si l'on se contente de prendre la mesure totale du membre, le membre, d'après les mêmes observations, est généralement allongé; mais cet allongement est souvent peu prononcé, tandis que le raccourcissement, quand il existe, est assez fréquemment considérable. Ces modifications peuvent s'expliquer par le retentissement des lésions sur la fonction du cartillage de conjugaison. Au point de vue de la séméiologie et du pronostic on connaît peu la valeur de ces troubles. Cependant ceux-ci s'observeraient particulièrement dans les formes graves, surtout osseuses, nécessitant un long traitement. En elles-mêmes les inégalités dans la longueur des membres dues à l'accélération ou au ralentissement de leur croissance, comportent des conséquences orthopédiques; elles peuvent, en effet, être une cause de genu valgum. Celui-ci est parfois consécutif à un allongement exagéré du membre malade. Pour Kirmisson, le raccourcissement peut aussi être une cause indirecte de genu valgum.

Ces déformations, dues à une inégalité des deux membres, méritent d'être bien

connues, car leur traitement est facile, et cette étude de mensuration conduit à une conclusion pratique : surveiller la longueur des membres qui ont été atteints de gonalgie et les premiers pas que font les malades après leur guérison. On pourra ainsi surprendre une déviation au début et en reconnaître la cause. Le traitement est simple : il consiste à surélever par une semelle orthopédique le membre malade, s'il est trop court, et inversement, s'il est trop long, à surélever le membre du côte sain. Ces allongements sont susceptibles de s'atténuer, de disparaître ou même de se transformer en raccourcissements. On devra donc pendant longtemps exercer une surveillance.

L. Jumon.

Causes de la difficulté du décanulement chez les enfants trachéotomisés, par Hans Hans (*Münch. med. Woch.*, 19 mars 1907). — D'après ses recherches l'auteur est arrivé aux résultats suivants. Dans la très grande majorité des cas c'est le renforcement du courant inspiratoire qui est la cause de la difficulté du décanulement. L'aspiration agit sur les granulations normales et sur la muqueuse lâche entre le larynx et la trachée pour déterminer un gonflement de cette région. Aussi faut-il rejeter le principe de supprimer la canule seulement lorsque l'enfant diphtérique a pu respirer une nuit ou plus longtemps avec une canule bouchée. Le meilleur moment du décanulement est du troisième au cinquième jour, suivant la gravité du cas. On reconnaît les cas légers, en dehors des prodromes et de l'état général, à la chute rapide de la température, au ralentissement du pouls, à la chute de fausses membranes de la gorge, du retour de la voix. On peut essayer d'enlever la canule au bout de 48 heures dans les cas favorables sans long essai préliminaire. On évite ainsi les conséquences du renforcement inspiratoire et les dangers de l'infection par l'aspiration. Il est plus facile de pratiquer la trachéotomie supérieure, surtout la cricotrachéotomie par la trachéotomie inférieure. Mais le gonflement du tissu sous-muqueux oblige souvent à replacer la canule. La trachéotomie inférieure temporaire assure aussi contre l'aspiration de l'infection dans les voies respiratoires. Comme la sténose, surtout chez les enfants un peu grands, est surtout provoquée par des fausses membranes de la trachée, la trachéotomie inférieure facilite l'extraction des fausses membranes au moyen des barbes d'une plume. Il n'y a aucune difficulté dans les six premiers jours à réintroduire une canule qui a été enlevée trop tôt. C'est seulement plus tard que la rétraction cicatricielle oppose un obstacle à la réintroduction de la canule. Enfin, depuis l'introduction du traitement sérothérapique la mortalité des cas graves, qui était de 50 à 70 p. 100, est tombée à 10 à 20 p. 100.

L. Jumon.

Remarques concernant le diagnostic et le traitement de la cystite et de la pyélite chez l'enfant, par Langstein (*Therap. Monatshefte*, mai 1907). — L'auteur insiste sur la fréquence relative de ces affections qui échappent le plus souvent à l'attention du praticien, par suite de la difficulté que rencontre la récolte des urines : les symptômes ne sont pas bien nets d'ailleurs, on ne trouve souvent pas de l'agitation, de la pâleur, de l'anorexie; des coliques peuvent enfin égarer le diagnostic et faire rechercher une affection gastro-intestinale. En revanche, le traitement présente une grande efficacité; il consiste en une propreté minutieuse des organes génitaux, en procédant toujours d'avant en arrière, pour éviter le transport des bactéries anales dans la sphère urogénitale. On combattra la constipation et on évitera les refroidissements. Le médicament le plus indiqué est l'urotropine, dont on administre dans du lait, chez le nourrisson, trois fois par jour, 10 cc. d'une solution aqueuse de 1 à 3 p. 100. Les enfants plus âgés peuvent prendre jusqu'à 1 gr. 50 d'urotropine par jour.

Le salol peut être aussi administré, à des doses relativement élevées (0,1 à 0,3 gr., trois à quatre fois chez le nourrisson, 2 grammes par jour chez les enfants plus âgés). L'auteur recommande d'alterner les deux médicaments.

Les lavages vésicaux sont peu efficaces, parce que la cystite s'accompagne presque toujours de pyélite.

On fera boire beaucoup les petits malades.

E. Vogt.

Sur un traitement phosphoré dans l'enfance, par Carl Manchot (*Münch. med. Woch.*, 19 mars 1907). — Le traitement phosphoré par l'huile de foie de morue

phosphorée chez les enfants présente le grave inconvénient d'être fort toxique et difficilement maniable. L'auteur a bien réussi à obtenir de bons résultats au moyen d'injections d'huile phosphorée, mais les inconvénients résultant d'accidents locaux lui ont fait renoncer à ce moyen. Il ne reste que la ressource d'utiliser certaines préparations organiques de phosphore, comme la phytine : mais cette préparation ne lui a pas donné les résultats qu'il en attendait, peut-être parce que le phosphore est détaché de la molécule d'albumine. Après plusieurs essais, il s'est arrêté à la graine de chénevis qu'on réduit en farine. Cette farine est débarrassée de son huile qui la rendrait indigeste, et ce dégraissage augmente même la proportion d'acide phosphorique organique. 100 grammes de farine de chénevis dégraissés sont mis à digérer sur un feu doux dans un litre d'eau et réduits à 250 cc. sans arriver à l'ébullition. Ce bouillon est alors filtré sur du papier; on obtient alors un liquide laiteux, un peu jaunâtre, de réaction acide, de goût agréable, mais un peu amer. Suivant le cas, on ajoute à chaque biberon 30 à 50 cc. de ce bouillon filtré ou bien on l'ajoute aux soupes que prend l'enfant. Les résultats obtenus par ce traitement chez les enfants rachitiques, atrophiques ou atteints de diathèse convulsive ont, de l'avis de l'auteur, été surprenants. Le poids corporel augmente très rapidement, de sorte qu'au bout de huit à dix jours le changement de l'enfant est déjà frappant. Les phénomènes spasmodiques, le spasme de la glotte, les convulsions sont très favorablement influencés.

D'après l'analyse, 1 kilo de lentilles contien 9 gr. 8 d'acide phosphorique, et 1 kilo de chénevis de 20 à 33 grammes du même acide, cette dernière proportion est donnée par le chénevis russe débarrassé de son huile. L'emploi thérapeutique de la farine de chénevis dans le rachitisme et l'éclampsie des enfants ne paraît pas nouveau. Mathiolus la cite comme remède populaire au XVIe siècle contre la convulsion de l'enfance. D'autres auteurs de la même époque lui attribuaient une vertu secrète pour faire engraisser.

L. JUMON.

Purgatif chez un enfant de deux ans, d'après M. le professeur POUCHET (*Journal de médecine de Paris*, n° 18, 5 mai 1907, p. 168).

Calomel à la vapeur.....	0.10	centigrammes
Scamonnée d'Alep pulvérisée	0.30	centigrammes
Sucre de lait pulvérisé	4	grammes

Mêlez et divisez en 10 paquets. Un toutes les heures jusqu'à effet.

PIERRE SÉE.

Purgatif pour enfant de quatre à six ans, d'après M. SEVESTRE (*Journ. de méd. de Paris*, n° 12, 24 mars 1907, p. 108).

Manne en larmes.....	30	grammes.
Follicules de séné.....	4	—
Poudre de café torrifié.	10	—
Eau bouillante.....	200	—

PIERRE SÉE.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT,
Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

L'arsenic toxique et médicamenteux, par MAAS (*Berl. klin. Woch.*, 29 avril 1907). — Nous retiendrons de cet article ce qui a trait à la thérapeutique. L'auteur constate que l'arsenic n'est plus guère utilisé comme caustique, mais que ses indications internes se sont multipliées avec le temps : il est vrai que l'on a reconnu peu à peu que son emploi dans les affections infectieuses devait être quelque peu limité, car dans une série de ces affections il n'exerce que des effets peu marqués. La trypanosomiase semble toutefois être justiciable de cette médication.

Les préparations inorganiques d'arsenic paraissent devoir céder le pas aux préparations organiques. Les sels de l'acide cacodylique constituent un premier pas dans cette voie; mais ils n'ont pas d'avantage marqué sur les préparations inorganiques et communiquent aux sécrétions et à l'air expiré une odeur d'ail fort désagréable. L'arrhénal présente de grands avantages sous ce rapport, et l'atoxyl, 40 fois moins toxique que l'acide arsénieux, ne se décompose fort probablement qu'avec une extrême lenteur dans l'organisme, ce qui permet de soumettre ce dernier à une médication continue sans crainte d'accumulation. Il ne faudrait pas toutefois utiliser ce médicament avec une confiance trop exagérée, car des accidents brusques ont été signalés après son emploi prolongé.

On essaie aujourd'hui d'obtenir des préparations albuminoïdes combinées à l'arsenic, parmi lesquelles l'arsyline, combinaison d'arsenic et de protyline qui contient 0,1 p. 100 d'arsenic et 2,6 p. 100 de phosphore. Il y a lieu toutefois d'attendre qu'une expérimentation clinique étendue permette de juger du bien-fondé de cette direction nouvelle des recherches des chimistes.

E. Vogt.

Le mercure dans la thérapeutique moderne, par W. Carter (*Brit. med. J.*, 20 avril). — Dans une communication sur ce sujet, l'auteur exclut le traitement de la syphilis et mentionne les cas où le libre emploi du mercure en frictions ou à l'intérieur a été suivi de guérison. Il cite ainsi des cas de thrombose lymphatique avec tuméfaction énorme, de péritonite, de méningite, même soupçonnée tuberculeuse d'affection cardiaque avec imminence de mort; tous les malades ont été soulagés ou guéris. Dans cinq cas le délire, qui accompagnait parfois le rhumatisme articulaire aigu, s'est dissipé, des céphalalgies violentes chez des sujets robustes, non atteints de fièvres se sont calmées après avoir donné aux malades 0,30 cgr. de calomel, bien que l'effet purgatif de cette dose ait été inférieur à celui d'autres purgatifs. Le calomel en raison de son insolubilité arrive sans modification dans l'intestin et y exerce un pouvoir antiseptique que démontrent les expériences faites *in vitro* par l'auteur, sur la bile.

M. Barendt considère le mercure, en dehors de la syphilis, comme un des meilleurs médicaments dans le traitement des maladies de la peau, dans l'eczéma chronique notamment où il se sert d'applications externes. A l'intérieur le mercure peut être considéré comme un agent préventif dans les cas de psoriasis, lorsque l'éruption s'est dissipée à la suite d'un traitement externe.

L. Jumon.

La strychnine et l'hydrastinine : actions et emplois, par French. (*Merck's Archives*, avril 1907). — L'étude comparative de ces deux substances conduit aux conclusions suivantes : toutes deux améliorent l'appétit et agissent comme tonique général. Elles ralentissent d'abord le pouls et accroissent la pression sanguine, tandis qu'elles produisent secondairement l'effet inverse. Elles rendent la respiration plus fréquente et plus profonde par suite de leur action sur les centres respiratoires. Toutes deux sont des agents excito-moteurs, augmentant l'excitabilité réflexe et produisant à hautes doses des convulsions d'origine spinale. La strychnine n'a pas d'action directe sur les muscles volontaires, tandis que de fortes doses d'hydrastis épuisent peu à peu l'excitabilité musculaire, surtout du myocarde. La strychnine paralyse les terminaisons des nerfs moteurs, tandis que l'hydrastinine épuise peu à peu l'excitabilité de ces nerfs. Toutes deux augmentent beaucoup les échanges et s'éliminent surtout par les urines.

La strychnine est très employée comme tonique général, stomachique et stimulant des appareils respiratoires et nerveux. Il faut éviter de prescrire en même temps l'alcool qui est son antagoniste physiologiste. La strychnine est un excellent médicament dans l'alcoolisme aigu et chronique. En injections sous-cutanées elle supprime la dépression causée par l'usage des alcooliques. La strychnine est un antagoniste direct du venin des serpents, mais pour obtenir à ce point de vue quelque effet il faudrait la donner à doses énormes. Beaucoup regardent la strychnine comme un tonique cardiaque parfois supérieur à la digitaline. Elle est encore un antagoniste du chloral, de la fève de Calabar et de la morphine. La dose tonique ordinaire est de un à deux milligrammes trois fois par jour, mais elle peut varier dans d'assez larges limites. L'arséniate de strychnine est une combinaison très employée dans beaucoup de cas.

L'hydrastinine exerce également un effet tonique général et on l'a même employée avec succès pour combattre l'alcoolisme. Dans la fièvre intermittente, son action est inférieure à celle de la quinine. Comme astringent elle diminue les sécrétions abondantes, c'est à ce titre qu'on s'en est servi dans la blennorragie, la vaginite et la leucorrhée. La solution faible, elle est un tonique de la conjonctive, utile dans la conjonctivite catarrhale. Elle est de même utile dans presque toutes les formes de catarrhe. On emploie de préférence le chlorhydrate d'hydrastinine dont on donne de trois à six centigrammes, toutes les deux heures, si c'est nécessaire. Dans la conjonctivite on se sert de solutions de 1 à 5 pour mille, dans la blennorragie de 0,25 à 0,50 gr. p. 100.

L. Jumon.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

IIe Congrès international de physiothérapie (Rome, 13 octobre 1907). — Le deuxième Congrès international de physiothérapie sera tenu à Rome les 13, 14, 15 et 16 octobre 1907, sous le patronage de S. M. le roi d'Italie, et sous la présidence du professeur Bacelli, avec le concours des professeurs Belmondo (Padoue), Bianchi (Naples), Boeri (Naples), Bozzolo (Turin), Casciani (Rome), Colella (Palerme), Durante (Rome), Maragliano (Gênes), Massalongo (Vérone), Morselli (Gênes), Murri (Bologne), Tambutini (Rome), Tanzi (Florence), Tommaselli (Catane). Les fonctions de secrétaire général sont assumées par le professeur Colombo (via Plinio, I, Rome).

Inscription. — Tous les docteurs en médecine peuvent être inscrits comme membres titulaires, ainsi que les docteurs ès sciences. Les dames et autres personnes de la famille des membres titulaires seront inscrites comme membres associés et invitées aux fêtes et réceptions officielles. Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres titulaires, et de 15 francs pour les membres associés.

Adresser les adhésions au Dr Albert WEIL, 21, rue d'Edimbourg, Paris.

Travaux. — Les langues admises sont : l'allemand, l'anglais, le français et l'italien. Tous les rapports, toutes les communications seront résumés en français. Comme au précédent Congrès, il sera organisé une Exposition de produits et appareils concernant la thérapeutique physique (électricité, etc., diététique, hydrologie), ainsi que de cartes, photographies, plans, graphiques, descriptions (stations thermales, hydrothérapiques et climatiques : instituts de thérapeutique physique), et de tous ouvrages de physiothérapie.

Pour tous ce qui concerne les travaux du Congrès (rapports, communications, expositions), s'adresser au Dr Maurice FAURE, 2, rue de la Bienfaisance, Paris, ou à La Malou (Hérault).

Un legs à l'Académie de médecine. — L'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs d'une somme de 40.000 francs fait par M. Leveau et dont les arrérages seront distribués chaque année s'il y a lieu, et à titre de récompenses aux élèves en médecine ou en pharmacie, aux médecins et pharmaciens qui auraient trouvé des moyens nouveaux et efficaces pour soulager et guérir des maladies, notamment la migraine et les coliques néphrétiques.

Nominations. — M. Thoinot, professeur de médecine légale, médecin inspecteur de la Morgue, est chargé de la direction scientifique du laboratoire de toxicologie, en remplacement du professeur Brouardel, décédé.

M. Ogier, sous-chef du laboratoire de toxicologie, est nommé chef de ce laboratoire.

BIBLIOGRAPHIE

Alimentation et Digestion, par le professeur G.-H. ROGER, professeur à la Faculté de Médecine, médecin de l'hôpital de la Charité. 1 vol. gr. in-8°, de XII-524 pages, avec 57 figures dans le texte (Masson et Cie, édit.). Prix : 10 fr.

Les questions d'alimentation sont, plus que jamais, à l'ordre du jour. Aussi lira-t-on avec le plus vif intérêt le nouvel ouvrage du professeur Roger.

La première partie est consacrée à l'étude des aliments, à leur constitution, à leur pouvoir énergétique, à la valeur nutritive de certains produits, comme le sucre et l'alcool. De nombreux tableaux fournissent des renseignements très précis sur la plupart des aliments usuels et indiquent dans quelles proportions ils peuvent se remplacer. Un chapitre est consacré à l'étude du régime lacté ; on y trouve deux tableaux qui permettront au praticien et même au malade de déterminer facilement de quelle quantité on doit diminuer la dose quotidienne de lait quand on a recours à l'alimentation mixte. Enfin, une cinquantaine de pages sont consacrées aux sophistications alimentaires et aux poisons renfermés dans les substances comestibles.

L'étude de la digestion forme la deuxième partie du livre. M. Roger résume rapidement les données classiques et insiste sur les acquisitions récentes de la science. On ne trouverait, nulle part ailleurs, un exposé aussi précis et aussi clair des nombreux travaux publics dans ces dernières années. Ce qui augmente l'intérêt du livre, c'est que, à chaque page, il renferme des aperçus nouveaux ou des recherches originales. Il nous suffira de rappeler les travaux de l'auteur sur les ferments, sur les réflexes salivaires, sur les mouvements de l'intestin, ses expériences sur les auto-intoxications d'origine digestive, sur l'occlusion intestinale et surtout sur l'entérite muco-membraneuse. Tout en faisant une large part à la physiologie et à la pathologie expérimentale, l'auteur n'oublie jamais le point de vue clinique : l'ouvrage abonde en renseignements sur les méthodes de diagnostic, sur les indications thérapeutiques et sur les moyens de les remplir. C'est un livre indispensable pour tout médecin qui veut trouver, condensées en quelques pages, toutes les données nouvelles relatives à l'alimentation et à la digestion.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

XLVIIIe Assemblée générale de l'Association des médecins de France. — L'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, dont le siège est à Paris, 5, rue de Surène, a tenu le dimanche 14 avril sa quarante-huitième Assemblée générale dans la salle de l'ancienne Académie de médecine 49, rue des Saints-Pères.

Les Sociétés locales s'étaient fait représenter, soit par leur Président, soit par un ou plusieurs délégués.

Au début de la séance, après l'adoption du procès-verbal de la dernière Assemblée générale, M. Ch. Périer lit son rapport au nom de la Commission chargée de faire le recensement des votes émis le 16 décembre 1906 pour la nomination du Président de l'Association et rappelle que jamais une élection n'a eu un nombre aussi considérable de votants (4.358), M. L. Lereboullet a obtenu 4.258 suffrages, soit un peu plus de 95 p. 100 : dans soixante-neuf Sociétés, il a eu l'unanimité absolue. En conséquence, M. Lereboullet est proclamé Président de l'Association générale des médecins de France pour une période de cinq ans.

M. le Président Lereboullet remercie l'Assemblée de la marque de confiance qui lui a été accordée. Il rappelle ce que fut Brouardel, auquel il a l'honneur de succéder, et après avoir signalé l'évolution progressive de l'Association et insisté sur les services qu'elle est appelée à rendre, il assure ses confrères de son entier dévouement.

M. Blache, trésorier général, fait l'exposé de la situation financière de l'Association. Il résulte de cet exposé que l'avoir de l'Association s'élevait au 31 mars 1907 à la somme totale de 4.720.000 francs, y compris l'avoir des quatre-vingt-quatorze Sociétés locales.

M. Hallopeau lit son rapport sur la gestion financière du trésorier, et l'Assemblée approuve les comptes de l'exercice 1905-06.

M. Lepage, secrétaire général provisoire, fait le compte rendu sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1906. Après avoir rappelé le rôle important qu'eut Brouardel comme Président de l'Association, il propose d'adresser à Mme Brouardel les remerciements de l'Assemblée pour le don de 20.000 francs qu'elle a fait récemment en souvenir de son mari. Il remercie M. Lereboullet d'avoir accepté les délicates fonctions de Président ; puis passe en revue les principaux travaux du conseil général dans le courant de l'année : l'exercice de la médecine aux frontières (Gairal), les rapports des médecins et chirurgiens de province avec les Commissions administratives, les rapports des médecins avec les mutualistes, l'histoire de la loterie médicale, l'assistance aux veuves par le travail.

Il annonce à l'Assemblée que l'Association se prépare à fêter en 1908 son cinquantenaire, et souhaite que le nombre des sociétaires, qui est de 9.250 aujourd'hui, atteigne 10.000 l'année prochaine.

L'Assemblée procède ensuite aux élections et réélections des membres du bureau et du conseil général pour la période quinquennale 1907-1912.

MM. Bucquoy et Lande (de Bordeaux) vice-présidents sortants, arrivés au terme de leur mandat, sont réélus. M. Lepage est élu secrétaire général en remplacement de M. Lereboullet, élu Président. Sont élus secrétaires : MM. Laugier, secrétaire sortant, et Darras, en remplacement de M. Lepage élu secrétaire général. MM. Berger, Chauffard, Dieu, Gairal, Olivier et Rist, membres sortants, sont réélus membres du conseil. Enfin, M. Bouloumié est élu membre du conseil en remplacement de M. Darras, élu secrétaire

M. de Ranse communique son rapport sur les pensions viagères à accorder en 1907. Dix nouvelles pensions de 800 francs sont votées, ce qui porte à 93 le nombre des pen-

sions en cours (5 à 1.000 francs, 88 à 800 francs). Sont élus membres de la Commission des pensions pour cette année : MM. Lereboullet, Lepage, Blache, de Ranse, Motet, Reynier, Thibierge, Rist et Darras.

M. A.-J. Martin lit un rapport au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis par les Sociétés unies (protestations contre le certificat d'études médicales supérieures, réforme des études médicales, encombrement médical, tarif des honoraires médicaux dans les accidents du travail, lois sur l'assistance médicale gratuite, etc., etc.).

A propos des rapports entre médecins et mutualistes, M. Jeanne met l'Assemblée au courant des résolutions prises par la Commission médico-mutualiste (libre choix du médecin, tarif à la visite, constitution de réunions mixtes régionales pour aplanir les difficultés pouvant survenir entre médecins et mutualistes).

Après échange d'observations entre MM. Jaulin, Créquy, Cauzard, Langlet, Jeanne et Lande, l'Assemblée décide de confier les intérêts des médecins aux délégués qui font partie de la Commission médico-mutualiste.

L'Assemblée étudie le projet de loterie médicale et, après discussion, décide de renvoyer l'étude de cette question à l'examen des Sociétés locales.

L'assistance aux veuves par le travail fait l'objet d'un rapport de M. Bouloumié, qui expose le fonctionnement de cette nouvelle organisation qui est sur le point d'être appliquée par la Société Centrale. M. Bouloumié indique le moyen de la mettre en pratique dans les Sociétés locales.

L'Assemblée discute ensuite sur le mode de nomination des médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices de province, et sur le rôle des Commissions administratives au sujet des nominations et révocations. Ce sujet est renvoyé au conseil général qui en fera une étude approfondie.

Puis l'Assemblée proteste contre le projet d'impôt sur le revenu qui aurait pour conséquence non seulement une taxation très onéreuse pour le médecin, mais aussi la violation du secret professionnel. Le conseil général, qui a déjà étudié cette question, a adressé à la Commission de législation fiscale une lettre de protestation.

Enfin M. Decourt entretient l'Assemblée du repos hebdomadaire relatif du médecin ; il demande que le prix de toute visite réclamée ou nécessitée le dimanche soit double de la visite ordinaire, exception faite pour les visites effectuées sur le désir propre du médecin, à son heure, à un malade en cours de traitement. Cette question est renvoyée à l'examen des Sociétés locales pour être soumise à l'Assemblée générale de 1908.

Un banquet a eu lieu le soir au Palais d'Orsay, auquel a assisté M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publique au ministère de l'Intérieur.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE

PAR LES

Drs E. BOUCHUT & A. DESPRÉS

Septième édition mise au courant des derniers Progrès de la Science

Par les **Drs G. Marion** et **F. Bouchut.**

Magnifique vol. de 1590 pages in-8° sur deux colonnes, avec 1097 gravures dans le texte : *Indispensable aux Familles*

Prix : BROCHÉ, **25** FR. ; — RELIÉ, **30** FR.

TRAVAUX ORIGINAUX

Propriétés physiques et chimiques des solutions colloïdales de métaux dans leurs rapports avec les applications thérapeutiques,

Par M. le Dr G. Bardet.

Les médecins ont commencé à se préoccuper de l'action thérapeutique des métaux amenés à l'état de colloïdes il y a à peine dix ans, c'est-à-dire vers 1896, au moment où fut préparé couramment, sous le nom de *Collargol*, l'argent colloïdal, déjà connu assurément sous ses diverses formes, depuis les travaux de Carey Lea, mais encore ignoré des pharmacologues. D'abord utilisé seulement à des applications externes, comme antiseptique, l'argent colloïdal fut administré ensuite par voie gastrique, injections hypodermiques ou intraveineuses dans le traitement des maladies dites infectieuses, et c'est surtout à M. Netter que l'on doit cette application.

Vers la fin de 1901, l'attention de M. Albert Robin et de moi-même fut appelée sur l'emploi possible des oxydases au traitement des maladies infectieuses, et, peu à peu, nous nous sommes fixés sur l'utilisation des solutions de Bredig, solutions métalliques faites dans l'eau pure, où le métal dissous, en quantité infiniment faible, se trouve dans un état particulier, c'est-à-dire en particules de l'ordre du centième de *micron* animées du mouvement Brownien. Une première note sur ces essais parut en mars 1904 dans les comptes rendus de l'Académie des sciences.

Depuis, un certain nombre d'observateurs et particulièrement M. Iscovesco, qui a publié sur ce sujet des articles très étendus, dans la *Presse médicale*, ont rapporté des observations sur l'emploi de solutions de même genre, mais différant des nôtres en ce qu'elles sont *stabilisées* au moyen d'un colloïde, qui est probablement de la gomme, stérilisées et enfin rendues isotoniques par l'addition d'une quantité suffisante de sel.

La plupart des médecins ont considéré ces trois modes de produits, collargol, solutions pures de Bredig et solutions métalliques stabilisées et isotonisées, comme identiques et il est résulté de cette notion fausse une confusion qui pourrait avoir certains inconvénients dans le jugement porté sur les résultats obtenus. C'est pourquoi je crois utile de définir comparativement les propriétés physiques et chimiques de ces divers produits de manière à établir, d'après les faits, leurs ressemblances ou leurs différences.

Dans cette comparaison des divers produits colloïdaux des métaux, je laisserai de côté l'étude de leurs caractères généraux bien connus et m'attacherai uniquement à ceux de ces caractères qui peuvent avoir une importance réelle, au point de vue de leur emploi en médecine.

Pour plus de clarté, j'étudierai successivement chacun des points suivants :

1° Propriétés des solutions de ferments métalliques ou solutions de Bredig pures, ce chapitre comportant en même temps l'examen des solutions de même genre qui ne nous ont pas paru actives;

2° Propriétés qui différencient le collargol de l'argent colloïdal contenu dans les solutions de Bredig;

3° Solutions colloïdales diverses.

I. — Propriétés des solutions de ferments métalliques ou solutions de Bredig.

Pour avoir le droit d'affirmer des actions véritablement thérapeutiques, au cours d'observations cliniques, il n'a pas paru possible à M. Albert Robin et à moi-même d'utiliser seulement des phénomènes de simple amélioration dans l'état général des malades. Une pareille amélioration peut n'être qu'une coïncidence et l'évolution normale des maladies a des formes trop diverses pour qu'il soit scientifiquement possible de se baser sur un fait aussi vague pour porter un jugement sur une méthode de traitement. Aussi, M. Albert Robin a-t-il, suivant sa coutume, cherché à voir si des signes biologiques et chimiques très particuliers pouvaient être très régulièrement observés au cours des applications des ferments métalliques. Il est bien évident que si un certain ensemble de faits pouvait être observé avec régularité, on posséderait un critérium scientifique d'une réelle valeur. Ce critérium a pu être mis en évidence et les faits ont démontré, après quatre années d'expériences, que les injections de certaines solutions étaient régulièrement suivies de l'apparition des phénomènes suivants :

1° Abaissement de la température, suivant une courbe particulière et constante;

2° Décharge urinaire, caractérisée par la présence d'un excès considérable d'urée, d'acide urique et souvent aussi d'indoxyle, en quantités anormales;

3° Une leucolyse traduite par la disparition dans le sang des polynucléaires, suivie à quelques heures d'intervalle d'une leucocytose importante; ce fait est la signature de l'intensité des processus de phagocytose, qui ont amené les phénomènes indiqués dans le paragraphe précédent.

Ces faits, qui se retrouvent avec une régularité très rarement contredite, dans l'immense majorité des observations qui ont été recueillies à l'hôpital Beaujon, nous paraissent présenter une valeur véritablement scientifique et M. Albert Robin n'a considéré comme vraiment intéressante l'application de cette nouvelle méthode de traitement que toutes les fois où ils ont pu être établis.

De même, il a considéré comme inactives toutes les substances qui ne permettaient pas d'enregistrer ces phénomènes, ne voulant pas, je le répète, attacher la moindre valeur à l'interprétation purement raisonnée de l'état général d'un malade.

Dans ces conditions, nous n'avons admis la valeur réelle de la thérapeutique par les ferments métalliques que pour les maladies dans lesquelles les phénomènes indiqués plus haut ont pu être régulièrement observés, c'est-à-dire et par ordre d'importance dans l'action : pneumonie, bronchopneumonie grippale, rhumatisme articulaire et méningite tuberculeuse.

Ceci posé, il est utile de fixer rapidement les considérations physico-chimiques qui ont pu diriger le biologiste dans son étude des solutions colloïdales des métaux.

Qu'il s'agisse des corps organiques naturels, comme les zymases, ou de corps minéraux amenés à l'état colloïdal et jouant le rôle de ferment, tous possèdent une propriété générale désignée sous le nom d'action catalytique. La catalyse est caractérisée par la possibilité de provoquer des réductions ou des combinaisons par l'intermédiaire de ces corps et sans qu'ils jouent eux-mêmes un rôle autre que celui de *présence* dans les phénomènes chimiques. Pour certains auteurs, ces corps catalyseurs serviraient simplement de vecteurs momentanés aux corps en présence; par exemple, s'il s'agit de la réduction de corps oxygénés et de l'oxydation d'autres corps, l'agent catalytique servira de support momentané à l'oxygène le prenant à l'un pour le céder à l'autre, ou inversement, ce qui expliquerait la trace infime de ferment qui est suffisante, en beaucoup d'occasions, pour effectuer des actes chimiques parfois très importants.

S'il s'agit de solutions colloïdales de métaux, où des particules infiniment petites, de l'ordre du millionième de millimètre, sont en suspension, animées du mouvement brownien, les physiciens ont fait l'hypothèse de la mise en liberté considérable d'énergie, due aux mouvements vibratoires et probablement aussi à la tension superficielle de ces molécules. Me basant sur les faits récemment rapportés relativement à la constitution de la molécule et à sa dynamique, j'ai moi-même accepté cette hypothèse. Mais ce sont là des raisonnements dans l'espace, qui peuvent satisfaire un instant la curiosité sans présenter aucune réalité vraiment scientifique. Dans l'état actuel de la question, il est inutile de compliquer les problèmes et l'on doit se contenter, pour rester dans le domaine physiologique et médical, d'enregistrer les observations cliniques qui peuvent être établies par des faits. On sait seulement que tous ces produits catalyseurs, quelle que soit leur nature, peuvent produire des réductions et des combinaisons et que ce pouvoir peut être mesuré chimiquement par des procédés de laboratoire. Nos connaissances ne vont pas plus loin.

Si, maintenant, on passe dans le domaine thérapeutique, on constate que le pouvoir oxydo-réducteur n'est pas du tout fonction de la valeur thérapeutique des produits employés. Ainsi, les oxydases manganésiennes de Trillat, qui possèdent un pouvoir catalytique très intense, ne nous ont donné, malgré notre espoir, aucun résultat dans le traitement des maladies. Les solutions de Bredig pures, au contraire, quoique douées d'un pouvoir catalyseur beaucoup moindre, nous donnent des effets très nets. En conséquence, en dehors des propriétés physico-chimiques brutalement visibles de ces nouveaux corps, il existe probablement des conditions encore inconnues qui sont la cause des phénomènes différents observés au cours de leur emploi.

Il ne faut pas perdre de vue que ces conditions peuvent dépendre aussi de l'état de la matière vivante sur laquelle ces substances réagissent. Suivant le degré de dilution de ces solutions, suivant les procédés employés à leur préparation, les

particules en suspension peuvent se trouver dans un équilibre électrique différent, le rapport entre les ions positifs et négatifs en présence au moment de l'introduction dans l'organisme peut varier dans des proportions considérables, et par conséquent les résultats peuvent être eux-mêmes très variés. Nous pensons que l'étude attentive de ces conditions électriques pourra amener dans l'avenir un peu plus de clarté dans cette question très compliquée.

Tout ce qu'il faut retenir, c'est que, une fois l'activité d'un certain ordre de produits reconnue, la mesure du pouvoir catalytique oxydo-réducteur présente un réel intérêt, parce qu'il permet de se rendre compte de l'activité de la solution. Par exemple, les solutions d'or, de platine, de palladium et d'argent, préparées suivant la méthode de Bredig et reconnues capables d'exercer, dans les maladies précitées, les phénomènes que j'ai décrits, se trouveront jugées par la mesure de leur action catalytique. De même on pourra utiliser l'ultra-microscope pour vérifier la mobilité des particules, car si le mouvement brownien disparaît, si les particules s'agglutinent, en se transformant en gros grains, l'activité thérapeutique diminue d'abord et disparaît ensuite.

S'il s'agit des solutions électriques de Bredig, il est un fait matériel très important et établi de façon indubitable, c'est que l'addition d'un *stabilisant* ou d'un *électrolyte*, par exemple de sels destinés à rendre la solution isotonique, diminue et même tue rapidement l'action fermentescible. C'est là un fait reconnu par tous les expérimentateurs. M. Albert Robin et moi avons constaté que ces solutions *stabilisées* ou *isotonisées* perdaient, les premières peu à peu et les secondes immédiatement, toute activité thérapeutique.

Au début de nos recherches, en raison de la difficulté de la conservation de nos solutions, j'ai cherché tout naturellement à me servir d'un support colloïde, matières organiques diverses, sucre, gomme, albumine, etc. Ce moyen permet en effet de dissoudre une quantité beaucoup plus importante de métal et ralentit la précipitation des particules métalliques, mais la conservation n'est qu'apparente, les solutions deviennent assez rapidement moins actives, puis presque inactives, et l'on constate que les particules se sont agglutinées.

Si l'on ajoute à ces solutions une très faible quantité d'un électrolyte, par exemple 0 gr. 5 pour 1000 de NaCl, on constate que la solution est légèrement activée pour un temps assez court; mais si l'on met assez du produit pour arriver à l'isotonisme, l'action catalysante disparaît, comme aussi l'activité thérapeutique.

Notre conclusion est donc que, pour l'instant, les effets thérapeutiques enregistrés par nous ne peuvent être obtenus qu'au moyen des solutions faites rigoureusement d'après la méthode de Bredig, en se servant *d'eau chimiquement pure et sans addition d'aucune matière étrangère*. Cette conclusion est sans doute fâcheuse au point de vue pharmaceutique, puisqu'elle rend difficile l'obtention et surtout la conservation des produits; mais elle doit être observée avec rigueur, car passer outre serait vouloir aller sciemment à des déboires, ce qui risquerait de compromettre les essais qui seraient faits, et cela au grand détriment d'une méthode nou-

velle qui rendra peut-être, quand on la connaîtra mieux, des services réels à la thérapeutique.

Les mêmes observations peuvent être faites au sujet des solutions colloïdales métalliques stérilisées par la chaleur. Si leur température est élevée au-dessus de 70° et à plus forte raison au-dessus de 100°, leur activité disparaît immédiatement. En conséquence, l'asepsie de ces produits ne peut être obtenue qu'en utilisant des matières rigoureusement propres par stérilisation préalable et fabrication à l'abri des poussières.

II. — L'argent des collargols est-il identique a l'argent colloïdal des solutions de Bredig?

Encore dernièrement, M. Netter, dans ses publications à la Société de biologie, posait en fait que la médication par les métaux ferments n'était, sous une autre forme, que la thérapeutique essayée par lui contre les maladies infectieuses avec le collargol et que l'argent des solutions de Bredig s'y trouvait sous une forme semblable à celle où il existe dans le collargol. Peut-être y a-t-il, au moins sur certains points, identité d'action entre le collargol et les situations colloïdales d'argent; mais je crois qu'il y a malentendu quand on considère le collargol comme identique à l'argent colloïdal des dites solutions.

Assurément, le collargol et l'argent colloïdal dissous par l'arc électrique dans l'eau possèdent certaines propriétés communes, tension électrique électro-négative, solubilité dans l'eau, action catalytique, etc., mais ils présentent l'un et l'autre des caractères qui ne sont pas communs et qui les font différer considérablement.

Je rappellerai seulement les travaux très nombreux faits en France et en Allemagne par un grand nombre d'expérimentateurs. Tout le monde connaît les recherches de M. Hanriot, par lesquelles il a démontré que les collargols, corps obtenus par réaction chimique, contiennent seulement 87 p. 100 environ de métal pur et 13 p. 100 de matières étrangères, dont une quantité très sensible d'ammoniaque. Pour M. Hanriot, les argents colloïdaux du genre collargol représentent un véritable acide, l'acide collargolique, peut-être même du collargolate d'ammoniaque.

Les solutions de Bredig, au contraire, contiennent de l'argent presque chimiquement pur, renfermant seulement des traces d'hydrures et d'oxydes colloïdaux, provenant de l'action électrolytique pendant la préparation.

Le collargol est facilement soluble dans l'eau à plus de 5 p. 100 ; sa solution peut être chauffée à 100° sans altération du produit et si l'on évapore au bain-marie, on peut redissoudre la majeure partie du collargol qui conserve toutes les propriétés du corps primitif, notamment les propriétés catalytiques.

La solution d'argent colloïdal, obtenue par la méthode de Bredig, peut être préparée seulement à un titre infiniment faible ; dans les occasions les plus favorables, c'est à peine si l'on peut dépasser la concentration de 7 centigrammes par litre, quand la même quantité d'eau peut dissoudre 50 grammes de collargol; elle perd toute activité catalytique et thérapeutique si elle est chauffée, et si on l'évapore,

le métal ne peut plus se redissoudre. Il reste bien un instant en suspension dans l'eau, en raison de la finesse des particules déposées, mais une rapide centrifugation amène le dépôt dans le tube, ce qui n'a jamais lieu avec les solutions de collargol.

Traitée par l'acide azotique, la solution de collargol précipite, tandis que la solution de Bredig traitée de même, par AzO^3H, ne précipite pas et fournit rapidement un azotate. Le précipité obtenu avec le collargol se redissout par l'ammoniaque et le produit collargol ainsi régénéré donne de nouveau les réactions physico-chimiques de ce corps, tandis que, dans les mêmes conditions, l'argent colloïdal de la solution de Bredig n'est pas régénéré et fournit un oxyde indifférent au point de vue physique. Le tableau suivant met en évidence de la manière la plus nette les différences principales de ces diverses formes de l'argent.

Collargol	Argent de Bredig
1. — Les collargols renferment 87 à 90 p. 100 d'argent métallique.	1. — Les solutions de Bredig contiennent Ag colloïdal à 98 p. 100 au moins de métal.
2. — L'eau peut dissoudre au moins 5 p. 100 de collargol.	2. — L'eau ne peut dissoudre par l'arc électrique que des traces de métal.
3. — La solution de collargol peut être chauffée impunément et stérilisée.	3. — La solution de Bredig perd ses propriétés si elle est chauffée, même à 75°.
4. — Le collargol, évaporé de ses solutions, se redissout et la nouvelle solution a les mêmes propriétés.	4. — La solution de Bredig dépose par évaporation de l'argent qui ne peut se redissoudre.
5. — L'acide nitrique précipite le collargol, le précipité ne contient pas de nitrate.	5. — L'acide nitrique transforme Ag en nitrate.
6. — Le précipité précédent se redissout par l'ammoniaque et le collargol régénéré peut être repris.	6. — L'ammoniaque précipite un oxyde colloïdal de la solution traitée par l'acide nitrique.
7. — Le précipité obtenu par addition de nitrate argentique peut être repris et régénérer du collargol par l'action de l'ammoniaque.	7. — Le nitrate argentique précipite l'argent qui ne peut être repris ni redissous par l'ammoniaque.

Pour toutes ces raisons, il est impossible d'admettre l'identité du collargol avec l'argent des métaux ferments : ce sont là des matières très différentes, dans leurs formes et dans leurs manifestations diverses.

III. — Comparaison des solutions métalliques obtenues par voie chimique, avec les solutions de Bredig.

Les colloïdes métalliques que l'on peut obtenir par voie chimique sont innombrables. Certaines de leurs solutions sont douées du pouvoir catalytique, les autres n'en manifestent aucun. Les solutions manganésiennes possèdent un pouvoir catalytique considérable, et cependant j'ai constaté plus haut leur inactivité thérapeutique dans les essais de M. Albert Robin.

Les solutions d'or de couleur rouge Cassius, obtenues par certains procédés chimiques, sont peu actives ou même complètement inactives au point de vue catalytique ; aucune ne nous a fourni d'effets thérapeutiques.

Il en est de même de certaines solutions électriques obtenues au moyen de fortes

étincelles produites par un courant que l'on influence par une capacité électrostatique de certaine importance. Seules, les solutions de Bredig obtenues avec de très petites étincelles manifestent une action catalytique de certaine valeur et possèdent des effets thérapeutiques.

Ces faits démontrent que, dans cette question encore si obscure, l'activité fermentative capable de provoquer des actes de métabolisme dans l'économie, et des actions oxydo-réductrices au laboratoire, est encore très mal définie. Nous sommes donc obligés de nous en tenir à la simple observation des faits eux-mêmes, sans vouloir prétendre à les expliquer d'une façon définitive.

Conclusions

1° Les propriétés catalytiques et l'existence du mouvement brownien des particules en suspension dans les solutions métalliques colloïdales sont des propriétés physico-chimiques qui accompagnent l'activité thérapeutique de ces substances et qui la mesurent en partie, mais sans qu'on puisse attribuer une valeur thérapeutique à toutes les solutions qui présentent ces particularités;

2° La présence de matières colloïdales organiques dans les solutions métalliques thérapeutiquement actives aussi bien que celle de sels destinés à rendre le mélange isotonique, a pour effet de diminuer ou de détruire leur activité;

3° Les solutions pures obtenues d'après la méthode de Bredig, avec l'or, le platine, le palladium et l'argent, sont les seules qui possèdent et conservent un certain temps un pouvoir thérapeutique. Ce sont les seules qui puissent être utilisées si l'on veut retrouver les effets décrits par M. Albert Robin;

4° Le collargol représente une combinaison d'argent très différente de l'argent colloïdal contenu dans les solutions de Bredig (1).

Sur un traitement simple de certaines dermatoses et déformations de la face,

Par le Dr L. Jacquet,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

J'ai obtenu, dans le traitement de certaines dermatoses et déformations chroniques de la face, des résultats remarquables par une méthode simple, que je vais avoir l'honneur de vous exposer.

D'abord, et très résumés, deux faits, bien représentatifs de mon sujet.

Une jeune fille vient me consulter à l'hôpital Saint-Louis parce que depuis longtemps, elle a la face huileuse, rouge en tout temps, cramoisie et brûlante après les repas, comme à la moindre émotion, et fréquemment inondée de sueur.

Or, cette jeune fille est gastralgique; la pression à l'épigastre et sur le trajet des nerfs vagues est douloureuse; depuis son enfance, elle mange, selon sa propre expression, *goulûment*.

(1) *Académie de médecine*, 28 mai 1907.

J'ai raisonné de la façon suivante : les choses semblent se passer comme si le bol alimentaire grossier, irritant l'estomac, avait produit graduellement, l'excitation et le surfonctionnement des vaisseaux et des glandes cutanées de la face.

En effet, l'alimentation la moins agressive pour la muqueuse, le régime lacté, fractionné, fit tomber rapidement ce syndrome.

Peu après, le régime ordinaire fut repris, mais non traumatisant désormais, et après trois ans, la guérison qui s'est graduellement complétée est parfaite.

Voici le second fait :

Une jeune fille envoyée par mon éminent maître, votre collègue E. Besnier, présente le type de l'acné *nécrotique*. La face est poupine, vaguement myxœdémateuse ; les téguments en sont froids et mous, criblés de cicatrices.

Comme la précédente, et depuis l'enfance, elle mange *goulûment*.

Les choses, me dis-je, semblent s'être passées, comme si, sous l'influence du traumatisme alimentaire, ancien et répété, les tissus, originellement moins résistants que dans le premier cas, avaient faibli et, avaient graduellement été frappés de déchéance.

Je rectifie l'alimentation ; puis, j'institue le massage méthodique de la face. Les téguments deviennent moins froids, plus fermes ; les tubercules d'acné plus rares et chacun d'eux qui laissait invariablement naguère une cicatrice, disparaît sans nulle trace. Et peu à peu, la vague bouffissure s'atténue, et le visage s'ovalise et s'affine.

Ces deux faits, choisis parmi beaucoup, sont, ai-je dit, bien représentatifs de la question telle que je la comprends.

Oui, c'est bien, je crois, l'excès d'excitation viscérale, en particulier le traumatisme de la muqueuse digestive, sa *surirritation*, qui irradiant par l'intermédiaire du système vago-sympathique aux centres, puis au trijumeau et aux premières paires cervicales, actionne les tissus, surmène les fonctions, les dérègle et les *force*, distend les vaisseaux, échauffe, enlumine le visage et le fleurit de fleurs malsaines (1) ; c'est cette surirritation aussi qui excitant les glandes, rend la peau suante et grasse. La langue a-t-on dit est le miroir de l'estomac ; le visage l'est plus haut point encore. C'est la période de l'hyperthermie, de l'érythrose, de l'hyperhidrose, de la séborrhée, des hyperchromies, de l'acné.

Mais l'énergie des tissus a des limites, et après un temps variable, dans l'évolution de l'individu ou de sa lignée, l'épuisement fonctionnel survient, les réactions organiques s'affaiblissent, et pour cette raison même qu'elles ont plus ou moins longtemps passé la moyenne, qu'elles ont été *forcées*, elles défaillent : c'est la période de la stéatose, de l'hypothermie, de l'acro-asphyxie, de la pachydermie, des empâtements, des nécrodermites.

Et comme les réactions des divers tissus n'ont pas, chronologiquement, une marche égale, les diverses modalités s'entremêlent les unes encore en excès, les autres déjà déchues, d'où le tableau variable de la symptomatique.

(1) C'est là proprement le sens originel du mot *exanthème*.

Et la plupart des nosologues, cédant à la spécificomanie contemporaine, voient en chacun de ces troubles, des *maladies*, des *entités morbides* à causes distinctes, saisissables, isolables de l'organisme, car ils croient vraiment trop, selon la forte parole de Renouvier, à des *commencements absolus* qui n'existent pas dans la nature.

Ma manière de voir est toute autre : je ne reconnais là que le produit variable d'une excitation quotidienne, incessante qui progressivement nous gâte, nous déforme.

Les enfants étant si beaux, pourquoi tant d'adultes sont-ils si laids?

C'est, pour une part, parce que la vie nous enlaidit, et la vie, c'est dans une certaine mesure, la *manière de vivre*.

Au total, vous le voyez, j'estime qu'il faut, dans les faits de cet ordre, transférer la notion de *spécificité*, de la cause qui est banale, ou pour mieux dire *vitale*, au tissu qu'elle actionne, et qui *lui* est *différencié*, c'est-à-dire spécifique.

On peut donc se passer, pour comprendre ces troubles et ces lésions, des deux hypothèses, chères à la médecine contemporaine : il n'est besoin là ni d'un microbe, ni d'un poison, microbien ou organique, l'excès d'excitation vitale, la *surirritation* suffit (1).

Ses origines sont multiples; chaque organe sans doute peut en fournir.

Mais il en est une dont l'importance est dominatrice : le raisonnement conduit à le supposer et les faits le prouvent : c'est la surirritation *gastrique* par la manière de manger, *aussi importante que ce qu'on mange;* parce que j'ai nommé, d'un néologisme nécessaire, la *tachyphagie* (ταχὺς φαγω).

Depuis longtemps déjà, on a accusé, dans certains des états que je vise, les troubles digestifs, la dyspepsie, et l'auto-intoxication consécutives.

On s'est trompé, ou du moins l'on a été exclusif : le traumatisme mécanique par l'aliment est, je le prouverai, directement et puissamment *pathogène;* voilà la vérité, et il est clair que cette modalité précède les autres, sans d'ailleurs les exclure.

On sera libre, Messieurs, de me taxer de néo-broussaisisme : je n'y contredirai point, si toutefois l'on veut bien noter que Broussais croyait à la nécessité d'une *gastrite;* en quoi il avait tort, et qu'il a étrangement erré dans les répercussions qu'il lui attribuait. Mais à ce moment, Messieurs, Pasteur avait dix ans.

Il n'en reste pas moins qu'il y a dans l'excitation gastro-intestinale une importante cause de morbidité, un foyer puissant de « sympathies » pathogènes. En cela, Broussais a vu juste et loin; sa doctrine, elle aussi, à certains égards comparable et complémentaire de Levent, revivra, car ces doctrines sont tirées des faits, et je montrerai qu'elles sont fécondes.

Je reviens aux dermatoses. Deux faces au problème : 1° la suppression de l'excitation intérieure, et en particulier digestive;

2° Le réveil des énergies de tissu en déchéance.

Et pour cela deux moyens, bien vieux, et mal connus; bien simples et mal mis en œuvre; peu appréciés et cependant puissants. On peut les frapper à neuf, et en tirer des effets hors de pair.

(1) Voir pour l'application plus particulière de cette loi aux troubles sensitifs, l'article « Sensibilité » de la *Pratique dermatologique*, t. IV. Voir aussi *Bull. Soc. Méd. Hop.*

D'abord obtenir du malade qu'il mâche avec soin et lenteur. *C'est très difficile.*

La plupart de nos contemporains sont *tachyphages* ; c'est une habitude d'enfance.

Or, le médecin qui juge suffisante la recommandation banale de « bien mastiquer » se trompe lourdement : ce n'est pas chose aisée que d'acquérir un automatisme nouveau. Il faut donc expliquer, répéter à plusieurs reprises de la bonne exécution de ce conseil capital. Cela fait, et alors seulement on instituera le massage.

En ce qui touche la face, il est quelque peu disqualifié, abandonné ou peu s'en faut, à certains « Instituts » spéciaux où d'ailleurs on le pratique fort mal. Sa valeur cependant est grande et égale celle du massage chirurgical.

Voici ma manière : à coups rapides et serrés, je presse en tous sens, entre la pulpe des doigts, les tissus de la face entière, *en toute son épaisseur* ; cela pendant quelques minutes. Puis, je reprends le pétrissage de la peau *seule*, à coups menus et pressés, en procédant méthodiquement du centre vers la périphérie.

Pas « d'effleurages », de « tapotages », de « tourbillons », de manœuvres destinées à faire croire à je ne sais quel *pseudo-magnétisme*, et au « fluide » de l'opérateur. A la place de cette technique prétentieuse et enfantine, une excitation mécanique graduelle. Tout est là : commencer faiblement et augmenter progressivement l'énergie et la durée des pressions, et aller en huit à quinze jours, suivant les cas, *au bout de sa force*, c'est-à-dire faire subir aux tissus un *véritable entraînement*.

J'affirme que l'emploi combiné de ces moyens simples produit des effets supérieurs à ceux de toute autre méthode quels que soient la complication et le modernisme de l'outillage qu'elle exige. J'affirme qu'ainsi l'on tonifie les tissus, qu'on rend au teint sa fraîcheur, qu'on dissipe l'érythrose, qu'on chasse d'où l'on veut la graisse, qu'on avive et qu'on affine, et qu'on a, au cas d'empâtements, la satisfaction de voir émerger peu à peu de la gangue myxœdématoïde, un gracieux visage.

Et de même que l'entraînement sportif entretient jusqu'à l'âge avancé, la jeunesse de l'allure, je crois probable que mis en œuvre à temps, ce massage conserverait aux traits une durable jeunesse.

Aussi, avec le professeur Zabludowski (de Berlin) pourrait-on le nommer massage « cosmétique ». Le terme est exact, mais déchu. J'ai proposé massage « esthétique », un peu prétentieux peut-être. Je préfère massage « *plastique* ».

Le geste du médecin y est comparable à celui du statuaire qui modèle la glaise; concordance heureuse : ces gestes peuvent être tous deux créateurs de beauté.

Messieurs je vous ai entretenu de ces maladies légères qui déparent plus qu'elles ne menacent. Mais considérez, je vous prie, que, pour une part de l'humanité, ne pas charmer est une souffrance, et déplaire un supplice.

Un grand esprit, qui aimait notre science plus encore que celles qui ont fait sa gloire disait : « une femme sans beauté doit être malheureuse et se dévorer intérieurement, comme si elle avait manqué sa destinée. »

Le médecin se doit aussi à ces misères.

COMPTE RENDU
DES
SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 juin 1907.

Présidence de M. PATEIN.

M. DÉSESQUELLE, à propos d'une communication faite à la dernière séance, concernant le *bibromomercurate de sodium*, fait remarquer que les indications données par M. DALIMIER ne paraissent pas justifier la dénomination de « nouveau sel mercuriel », donnée par l'auteur, car Zedeneff et Poltozeff ont, en Russie, déjà publié sur ce sujet des travaux importants : ils ont avec ce produit fait des essais thérapeutiques sur des syphilitiques et constaté qu'en injectant 1 cc. d'une solution à 1 p. 100, on ne provoquait aucune douleur.

M. Dalimier estime que son sel est nouveau parce qu'au lieu d'employer une combinaison de bibromurate de mercure et de chlorure de sodium, il a choisi du bromure de sodium comme composant au lieu du chlorure. Il n'a pas donné d'explications suffisantes pour prouver que nous sommes vraiment en présence d'une nouveauté importante.

Au point de vue de la douleur, l'orateur reste sceptique quand il entend affirmer que telle ou telle préparation mercurielle injectable est indolore. Il a trop souvent enregistré des désillusions à cet égard, et estime qu'avant de proclamer une injection indolore, il faut l'essayer sur soi-même. Les causes de la douleur dépendent de facteurs multiples, nature et concentration du liquide, susceptibilité du malade, etc.

M. LAFAY confirme les observations de l'orateur précédent : il est connu que les sels hydrargyriques et spécialement les bromures de mercure se décomposent par la chaleur : les conclusions de M. Dalimier, qui affirme que sa solution est stérilisable à 120°, sont donc faites pour suprendre, car, s'il a suivi la méthode de préparation indiquée par lui, il aurait dû obtenir un composé ne résistant pas à la chaleur.

M. FIQUET croit que la communication de M. Dalimier était préliminaire, et que l'auteur la fera suivre d'un travail plus complet. Son produit est défini et cristallisable, il n'est donc pas identique aux solutions jusqu'ici utilisées ; c'est là ce qui constitue la nouveauté.

M. LAFAY objecte qu'une propriété aussi caractéristique du sel employé par M. Dalimier aurait dû être mentionnée par ce dernier. La question est à revoir.

M. BARDET présente des *photographies sur verre, en couleur*, qu'il a obtenues par le procédé nouveau inventé par MM. LUMIÈRE. Le procédé est facile à appliquer et donnera certainement d'importants résultats pour la photographie de coupes microscopiques, histologiques, etc.

M. Fiquet lit une note concernant le *pouvoir antiseptique du zymphène* : ce sel n'est pas toxique, même à doses massives, et excite les sécrétions glandulaires à un haut degré. Il est, en outre, très antiseptique, ainsi que l'ont prouvé une série considérable d'expériences faites avec une solution à 1 gr. 25 par litre. Dans ces conditions, on obtient un arrêt dans la multiplication des germes pathogènes de l'intestin.

Les essais thérapeutiques ont démontré que le zymphène est capable, dans les cas de dysenterie, de faire disparaître la fétidité des selles; quand il y a gastro-entérite infectieuse, avec fétidité des selles, langue saburrale, fièvre, on voit rapidement les accidents locaux s'amender. L'orateur traite en outre un tuberculeux présentant de l'entérite chronique : avec des doses de 0,30 gr. de zymphène par jour, on arrive à enrayer en quarante-huit heures les accidents qui ne réapparaissent, quand on arrête la médication, qu'au bout de huit à dix jours.

Dans la fièvre typhoïde, on obtient avec le zymphène de très bons résultats au point de vue de l'infection des selles; on n'arrive pas à juguler l'affection elle-même, parce que l'organisme tout entier participe à l'infection.

L'orateur estime qu'il sera intéressant de se servir de ce produit pour la désinfection hépatique.

M. Delille lit, au nom de M. Rénon, un travail faisant ressortir l'*utilité d'associer les médications opothérapiques*. Le rôle des glandes à sécrétion interne est considérable dans l'organisme, et leur hyperfonction ou hypofonction joue un rôle qu'il ne faut pas négliger dans une série d'affections graves et prolongées. On arrive fréquemment, en combinant les médications opothérapiques, à obtenir des résultats remarquables dans des cas où l'administration de poudre totale d'un seul organe était restée inefficace.

L'orateur cite un cas où l'administration de poudre totale de glande thyroïde n'avait exercé aucun effet : en associant à cette médication de la poudre d'ovaire, on obtint un soulagement rapide des douleurs, et l'on observa, au bout de quelque temps, des symptômes d'hyperthyroïdisme : or, auparavant, lorsqu'on donnait la glande thyroïde seule, aux mêmes doses, on n'avait jamais enregistré de symptômes de ce genre.

Ce fait démontre que l'association des médications opothérapiques peut exalter l'effet de chacun des éléments administrés, et qu'il ne faut jamais conclure à l'inefficacité de cette médication avant d'avoir essayé une combinaison de ce genre.

M. Lebeaupin communique une note *à propos des injections de chlorhydrate de quinine*. Lorsque ces injections provoquent des rougeurs et des abcès, il faut faire des applications de teinture d'iode fraîche, et, si l'on sent de la fluctuation, vider la poche au moyen de la seringue de Pravaz : on évite ainsi les cicatrices.

Dans un cas de bubons inguinaux, la même médication produisit un excellent résultat ; elle a l'avantage d'être d'application facile et pratique.

M. Bardet fait remarquer que lorsque M. Lebeaupin envoya sa première communication concernant les injections de chlorhydrate de quinine, il avait fait remarquer à l'auteur du travail que le chlorhydrate de quinine, étant un sel acide, devait être fort irritant et provoquer une nécrose des tissus et des abcès. M. Lebeaupin avait déclaré n'avoir jamais rien observé de semblable.

Aujourd'hui, il présente une note concernant la guérison des abcès dûs au chlorhydrate de quinine! La conclusion est facile à tirer.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Traitement des anémies graves par la transfusion sanguine, par MORAWITZ (*Münch. med. Woch.*, 16 avril 1907). — Le traitement des anémies graves par la transfusion sanguine, qui jouait un grand rôle il y a une vingtaine d'années, paraît être complètement délaissé aujourd'hui. On ne peut évidemment rien attendre de la transfusion dans les cas de tumeur, d'aplasie complète de la moelle osseuse, ou lorsque l'érythrolyse dépasse l'activité des organes hématopoiétiques. Mais il reste un grand nombre de cas dans lesquels l'anémie est due à une insuffisance de l'activité régénératrice de la moelle osseuse, capable cependant d'être réveillée. Un traitement systématique par l'arsenic peut encore donner des améliorations et des guérisons.

L'auteur a eu recours à la transfusion de sang défibriné humain dans six cas. Dans deux cas, les malades ont été observés trop peu de temps pour que l'action de la transfusion ait eu le temps de se faire sentir. Il y a eu cependant une certaine amélioration subjective immédiate. Dans un cas, la transfusion a complètement échoué, en raison d'une aplasie grave de la moelle osseuse. Par contre, dans trois cas, le résultat a été surprenant. Dans l'un, l'état s'était même aggravé sous l'influence d'un traitement arsenical énergique de trois semaines. C'est seulement à partir de la transfusion que l'amélioration commença et que l'état du sang revint à la normale. Les deux autres cas montrent nettement l'influence favorable de la transfusion, d'autant que le pronostic était presque absolument défavorable. Le résultat objectif et subjectif ne s'est d'abord manifesté qu'au bout de trois ou quatre jours. La transfusion détermine d'abord des frissons, de la dyspnée, de l'œdème et de l'hémoglobinurie, mais jamais les phénomènes n'atteignent un degré sérieux. Les quantités injectées ont été environ de 200 cc. en une seule fois.

L. JUMON.

Les injections sous-cutanées de sérum de lapin préalablement saigné contre la chloro-anémie essentielle (*Semaine médicale*, n° 17, 24 avril 1907, p. 202). — Les expériences de M. Paul Carnot et de Mlle Deflandre ont démontré que le sérum de lapin, obtenu par la saignée complète pratiquée vingt heures après une première soustraction de sang de 20 ou 30 centimètres cubes, produit une suractivité de la moelle osseuse et une polyglobulie marquée lorsqu'on l'injecte à un animal de même espèce.

Ce même sérum, en injection sous-cutanée, provoque chez l'homme une augmentation considérable, et qui peut persister deux ou trois semaines, du chiffre globulaire. Ce temps écoulé, une nouvelle injection relève, de même, le chiffre des globules rouges.

Ce procédé vient d'être employé avec succès par MM. Sonneville et Minet (de Lille) dans le traitement de trois jeunes malades atteintes de chloro-anémie essentielle. Chez ces trois malades les injections de sérum ont remonté rapidement l'état général, relevé la valeur globulaire et augmenté le chiffre des globules rouges.

Ce traitement donne donc de bons résultats dans la chloro-anémie. Il ne semble pas qu'il doive être appliqué à toutes les affections des organes hématopoiétiques; MM. Sonneville et Minet l'ont, en effet, employé sans aucun résultat favorable dans un cas de leucémie avec splénomégalie.

PIERRE SÉE.

La radiothérapie dans les anémies essentielles (*Sem. médicale*, n° 17, 24 avril 1907, p. 202). — M. Grego (de Gênes) a soumis à la radiothérapie deux malades atteints de neurasthénie et de chloro-anémie et une malade présentant des troubles hystériques et des métrorragies qui avaient déterminé une anémie intense.

Chez ces trois malades, les séances de rayons Rœntgen furent d'abord quotidiennes, puis pratiquées tous les trois jours. Les rayons étaient appliqués au niveau de la rate et des os longs des membres. Au bout de trois semaines, les trois malades virent leur état général s'améliorer. Le chiffre des globules rouges avait augmenté de façon sensible.

M. Beaujard (de Paris) a eu également de bons résultats en employant les rayons X chez un malade atteint d'anémie cryptogénétique intense. Le nombre des globules rouges augmenta et l'état général se releva assez rapidement.

PIERRE SÉE.

Sur la toxine de la fatigue et son antitoxine, par M. WOLFGANG WEICHARDT (*Centralblatt f. Bakter.*, T. XLIII, 19 février 1907, p. 312-321). — La toxine de la fatigue a été découverte par M. Wolfgang Weichardt. L'auteur, dans des recherches ultérieures, a constaté la présence de cette toxine, ainsi que de son antitoxine, chez un grand nombre d'animaux et de plantes. Ce sont les muscles et les produits d'excrétion des animaux fatigués qui en contiennent la plus grande quantité; aussi faut-il employer les muscles fatigués pour préparer la toxine. Elle peut egalement être extraite de certains médicaments, de l'albumine, de certaines toxines. Elles n'est pas dialysable.

Pour préparer l'antitoxine, il suffit de faire à des animaux des injections répétées de la toxine de fatigue. L'antitoxine ainsi obtenue est spécifique.

PIERRE SÉE.

Tolérance de l'organisme des diabétiques pour l'albumine et les hydrates de carbone, par MM. FALTA et GIGON (de Vienne) (*XXIVe Congrès allemand de médecine, tenu à Wiesbaden du 15 au 18 avril 1907*). — MM. Falta et Gigon ont observé plusieurs malades atteints de diabète grave, et qui suivaient le régime de Standard. Les auteurs ont remarqué que l'addition, à ce régime, d'une certaine quantité d'albumine augmentait la glycosurie; tandis que l'adjonction d'hydrates de carbone permettait à l'organisme d'utiliser la plus grande partie des matières ternaires.

Il y a donc là un fait paradoxal : il résulte, en effet, de ces expériences que la glycosurie des diabétiques graves est plus marquée avec l'ingestion d'albumine qu'avec un régime hydrocarboné. Dans les cas bénins, le phénomène inverse se produit. Ces faits importent pour instituer le régime des diabétiques, puisque dans les cas legers il faudra restreindre les hydrates de carbone du régime, tandis que dans les cas graves la réduction devra porter sur les albuminoïdes.

PIERRE SÉE.

Diabète expérimental par M. ZUELZER (de Berlin) (*XXIVe Congrès allemand de médecine interne tenu à Wiesbaden du 15 au 18 avril 1907*). — M. Züelzer expose les résultats des expériences qu'il a faites pour déterminer la pathogénie du diabète pancréatique. Voici les faits qu'il a constatés. Les injections d'adrénaline, chez les animaux, provoquent l'élimination de glycose par les urines. Si l'on fait en même temps une injection d'extrait pancréatique, il ne se produit pas de glycosurie, même si l'on a lié les veines des capsules surrénales. L'auteur en conclut que le diabète pancréatique est plutôt un diabète surrénal. En effet, à ses yeux, le diabète serait produit par une secrétion interne exagérée des capsules surrénales; mais, à l'état physiologique, le pancréas sécréterait une diastase capable d'annihiler les effets nocifs produits, sur l'organisme, par la trop grande activité des capsules surrénales. Il suffit alors que la secrétion pancréatique devienne insuffisante pour qu'apparaissent les symptômes du diabète.

Ces faits expliqueraient aussi l'influence heureuse qu'exerce chez les diabétiques, l'opothérapie pancréatique.

PIERRE SÉE.

L'accès de goutte considéré comme une maladie infectieuse, par M. RŒTHISBERGER (*Med. Klinik*, 28 *avril* 1907). — D'après M. Rœthisberger, l'accès de goutte ressemblerait au rhumatisme articulaire aigu et, comme lui, aurait une origine infectieuse. L'auteur base son opinion sur le fait que certains médicaments employés pour com-

battre la goutte, possèdent une action antiseptique. Ces médicaments n'agiraient, de plus, que comme antiseptiques, C'est ainsi que l'action du colchique s'expliquerait par le fait que cette substance, excitant la sécrétion biliaire, aseptiserait l'intestin. De même les résultats favorables que Falkenstein obtient en combattant l'accès aigu de goutte par l'ingestion d'acide chlorhydrique, seraient dûs a ce que cet acide diminue les fermentations intestinales.

L'auteur conclut que l'accès de goutte ne fait pas partie de la diathèse urique, qu'il est une manifestation infectieuse et doit donc être traité comme tel.

PIERRE SÉE.

Morphinisme et son traitement, par DIXON (*The Practitioner*, mai 1907). — Après avoir exposé la physiologie pathologique de l'intoxication chronique par la morphine, l'auteur trace les indications du traitement. Il faut d'abord renoncer à la suppression brusque, sauf dans les cas légers où le patient ne consomme que 0,10 à 0,20 gr par jour. Pour ceux qui prennent de fortes doses, il faut commencer par les réduire de moitié, puis continuer la diminution jusqu'à la suppression complète au bout de 8 à 10 jours. Il est surtout difficile de supprimer les 10 ou 15 derniers centigrammes. On peut alors remplacer les injections de morphine par l'opium en lavement. On supprime ainsi le stade d'excitation dû à l'injection et surtout on évite les troubles de l'alimentation. A ce moment on doit exercer la surveillance la plus étroite sur le malade.

Au moment de la suppression progressive, les symptômes d'excitation peuvent être si prononcés qu'on est obligé de recourir à des dépresseurs cérébraux, chloral, codéine, paraldéhyde, cannabis indica, hyoscine, bromure et dérivés synthétiques de la morphine. Ces derniers doivent d'ailleurs être évités, car ils conduisent aussi à l'habitude.

L'hyoscine surtout a été employée avec des résultats favorables. Les alcalins sont encore très utiles, car le morphinomane a souvent de l'hyperacidité stomacale. La valeur des toniques cardiaques est plus douteuse parce que la morphine n'a pas d'action sur le cœur et que le morphiniste pendant la suppression a une tension sanguine élevée; ce sont les vaso-dilatateurs plus que la digitale, qui sont indiqués.

On observe rarement la syncope et le collapsus depuis qu'on ne pratique plus la suppression brusque. S'ils surviennent on les traitera par la chaleur, l'injection de caféine, l'injection intra-veineuse de scille ou d'adrénaline.

Un régime généreux est de la plus haute importance, mais on aura à combattre le catarrhe gastrique, qui est presque constant. L'alcool doit être employé avec beaucoup de prudence et seulement quand il est nécessaire. On peut essayer le massage et les douches toniques pour relever la nutrition.

Le grand air est nécessaire, et le patient doit faire des exercices modérés.

Les rechutes sont très fréquentes et souvent un morphinomane guéri s'adonne à l'alcool. Pour les éviter le patient doit être interné pendant longtemps ou bien après deux ou trois mois il fait un voyage maritime sous la surveillance de quelqu'un.

L. JUMON.

Contre le rachitisme, par M. LUIGI CONCETTI (*Journal méd. de Paris*, n° 19, 12 mai 1907, p. 177). — Donner une cuillerée à café par jour de la préparation suivante :

Phosphore pur.....	0,10 centigrammes
Ether.....	10 à 15 grammes

Faire dissoudre et ajouter :

Huile d'amandes douces 25 à 30 grammes.

Agiter, puis chauffer légèrement au bain-marie, pour favoriser la dissolution.

Incorporer enfin dans :

Huile de foie de morue. 1 litre.

PIERRE SÉE.

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT,

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement des fractures du fémur (*XXXVIe Congrès de la Soc. allemande de chir.*, 1907). — Du rapport de M. BARDENHEUER (de Cologne), on peut extraire quelques données nouvelles qui semblent assez justifiées dans le traitement des fractures du fémur au tiers supérieur. L'auteur consi-

dère la restauration anatomique aussi parfaite que possible des fragments comme une condition nécessaire pour avoir un bon fonctionnement. Si l'on ne peut toujours éviter un raccourcissement, au moins doit-on lutter contre les déviations de l'axe du fémur qui font souffrir les articulations, obligées de supporter le poids du corps dans une direction non physiologique. Pour ce faire, laisser les malades au lit longtemps, surtout quand les fragments tendent à faire *un angle à sommet latéral.* A cette déviation, il a opposé *l'extension latérale.* Des poids très lourds peuvent être employés à cet effet. M. Bardenheuer ne craint pas de suspendre à une jambe d'adulte des poids de 25 à 35 kilos. La *radioscopie* sert à vérifier le redressement à tout moment. On ajoute des poids latéraux là où ils peuvent avoir une action utile sur les fragments, en ayant soin de faire la traction sur les genoux, les condyles fémoraux et le pied. L'extension agira sur le fragment supérieur si, dans les cas ordinaires (attraction en dedans par les muscles adducteurs), on la dirige en dehors et en bas, grâce à un évidement du matelas. Si la fracture siège très haut, l'extension sera faite en sens inverse, pour corriger la tendance du fragment supérieur à se dévier en dehors.

Les conseils que l'auteur donne dans le traitement de la fracture du col du fémur, pour éviter la résorption de la tête fémorale, comportent beaucoup de nuances assez peu pratiques. Il reconnaît d'ailleurs que ce traitement est aussi difficile que celui des fractures au tiers inférieur est simple.

A. Benoît.

Traitement des fractures du fémur par la suture (*XXXVIe Congrès de la Soc. allemande de chir.*, 1907). — La *méthode de Bardenheuer* (de Cologne), ou traitement par l'extension de toutes les fractures, procédé venu autrefois d'Amérique, est prise à partie par M. Koenig (d'Altona), qui discute la perfection des résultats obtenus en ce qui touche celle du fémur et pense que la lourdeur des poids employés doit causer aux malades la gêne la plus pénible. Pour les fractures du col du fémur, il a pratiqué avec succès la suture, même chez des sujets âgés, lorsque le maintien de la réduction était impossible. Il faut opérer dans les premiers temps (une ou deux semaines), sous peine de se heurter à des atrophies qui entravent les manœuvres nécessaires. Il est préférable pour le chirurgien et pour le malade d'adopter cette opération qu'il démontre excellente. Il s'est servi de l'anesthésie lombaire, et a fixé les fragments avec du fil de bronze ; les os sont mis à nu par une incision antérieure. Il produit une pièce prélevée à l'autopsie et montre l'ossification complète que réalisa la cure idéale. Après lui, la suture est défendue par MM. Niehans (de Berne), Nötzel (de Francfort) et Schlange. L'enclouage avec des clous en acier nikelé ou argenté, la suture au fil d'argent, etc., sont successivement soutenus. M. Bockenheimer (de Berlin) défend, avec plusieurs de ses collègues, le traitement du chirurgien de Cologne, en disant que les résultats dépendent de l'application rigoureuse de la méthode et que ceux qui l'ont appliquée n'ont eu qu'à se louer des résultats de leur pratique.

On peut faire remarquer que c'est déjà là un inconvénient. Rangeons-nous pour l'instant à l'opinion de M. Lemmen (de Cologne), qui affirme que les malades supportent très bien ces poids, ce qui n'est pas pour surprendre, puisque les glissoires ou poulies ne sont pas employées ici et qu'il se perd beaucoup de force dans le frottement. Les poids à eux seuls ne suffisent pas pour assurer la réduction. Il faut anesthésier le blessé et faire d'abord la *réduction manuelle.* On applique ensuite une forte *extension longitudinale*, à laquelle le malade s'habitue facilement; on n'ajoute l'*extension latérale* que successivement et suivant les besoins. Enfin, pour éviter un raccourcissement tardif, toujours possible, on laisse les malades au lit pendant huit semaines au moins.

A. Benoît.

Résection de 20 centimètres du fémur avec rétablissement des fonctions (*XXXVIe Congrès de la Soc. allemande de chirurgie*, 1907). — On sait avec quelle intransigeance les maîtres de la chirurgie, il y a à peine une vingtaine d'années, imposaient les amputations larges dans tous les cas de sarcomes des os. M. Lampe (de Bromberg) a présenté au Congrès un jeune homme auquel il a réséqué 20 centimètres de fémur, y compris l'extrémité inférieure. L'os est très incomplètement reformé, car le périoste avait dû être sacrifié. Mais, grâce à un appareil prothétique, l'opéré peut marcher,

monter et descendre, malgré l'absence d'une moitié du fémur. M. Riedel préfère la désarticulation du fémur à sa résection. MM. Körte et Borchard apportent chacun un cas de résection du fémur, sans récidive depuis sept années.

A. Benoît.

La luxation du genou par rotation, limitée à l'une des tubérosités tibiales, traitement, par J. Vanverts (*L'Echo méd. du Nord*, 5 mai 1907). — Le tibia peut se luxer sur le fémur en subissant une rotation autour de son axe. La luxation est d'ordinaire double, cependant elle peut être unilatérale : une des tubérosités reste en place et conserve, avec le condyle correspondant, des rapports normaux ; l'autre se luxe seule en se portant en avant ou en arrière ; c'est de cette variété dont s'occupe l'auteur. La luxation du tibia se fait habituellement en arrière, très rarement en avant. En dehors de la déformation caractéristique, on constate que la jambe est en demi-flexion sur la cuisse, d'ordinaire en rotation externe, rarement en rotation interne. Le genou est tuméfié et renferme habituellement du liquide. Si la réduction n'est pas faite, l'articulation s'immobilise en position vicieuse par suite de la contracture des muscles et finit par s'ankyloser. L'examen minutieux de la région permet de se rendre facilement compte, sauf en cas de gonflement notable, du déplacement, et de poser le diagnostic de luxation d'une seule tubérosité tibiale.

La réduction de la luxation d'une seule tubérosité tibiale s'obtient en faisant décrire aux extrémités articulaires un mouvement inverse de celui qu'elles ont parcouru pour se luxer. Un aide, placé à la racine du membre, fixe solidement la cuisse et exerce sur elle la contre-extension, qui pourrait, au besoin, être mieux assurée à l'aide d'une alèze passée en sautoir dans le pli génito-crural et confiée à un second aide.

Le chirurgien exerce sur la jambe maintenue en demi-flexion une traction progressive et lui imprime en même temps un mouvement de rotation dans le sens opposé à celui de la déviation ; il termine par là un mouvement d'hyperextension. Les manœuvres réussirent dans les deux cas rapportés par l'auteur, mais dans l'un d'eux, il fallut recourir à l'anesthésie générale.

On immobilise ensuite le membre pendant quelques jours, puis on le masse et on le mobilise ensuite. La réduction doit être tentée le plus tôt possible. L'irréductibilité, cependant, peut être primitive, par suite de l'interposition du cartilage semilunaire entre le condyle fémoral et la tubérosité tibiale. L'intervention sanglante est nécessaire pour dégager le cartilage.

L. Jumon.

Traitement de l'arthrite blennorragique par la ponction articulaire et la mobilisation précoce, par Mongour (*Le Bulletin médical*, 4 mai 1907). — L'auteur recommande comme lieu d'élection, au niveau du genou, de faire la ponction dans l'espace compris entre la rotule et les deux tubérosités fémorale et tibiale. Le point le plus accessible se trouve à la face interne de l'articulation ; la synoviale se trouve là immédiatement sous la peau.

La ponction débarrasse l'article d'un liquide qui peut devenir purulent s'il ne l'est déjà ; elle supprime instantanément les douleurs et permet pour cette cause la mobilisation immédiate. Enfin, dans l'immense majorité des cas, elle assure une guérison rapide et sans ankylose, avec un minimum d'atrophie musculaire.

L'auteur cite un insuccès dû à une évacuation insuffisante d'un pus très plastique, très granuleux, qui obstrua chaque fois le trocart.

On fera, selon les indications, plusieurs ponctions chez le même malade.

E. Vogt.

Chirurgie du poumon (*XXXVIe Congrès de la Soc. allemande de chirurgie*, 3-6 avril 1907). — Très intéressant débat sur l'état actuel de cette branche de la chirurgie nouvelle. La question est encore pendante, au sujet des conditions à obtenir pour éviter l'affaissement du poumon : pression négative de Sauerbruch, pression positive de Brauer, chacune a ses partisans. Mais, ainsi que le fait observer M. *Friedrich* (de Greifswald), rapporteur, dans les diverses interventions, les résultats sont meilleurs pour les affections aiguës que pour les affections chroniques, les malades étant moins affaiblis.

Les incisions du tissu pulmonaire peuvent indifféremment se faire au thermocautère ou au couteau. Des ligatures ou la suture parviennent à arrêter l'écoulement du sang. Il faut éviter d'attirer le poumon au

dehors, car on observe en ce cas des abaissements complets de la pression sanguine, avec arrêt de la respiration. La difficulté est extrême quand on opère pour des *abcès bronchectasiques*. C'est pourtant en pareil cas que les interventionnistes ont vu leur audace récompensée par quelques guérisons inespérées. Ils ont constaté, comme on peut le faire sur le chien, que ces ligatures isolées et en masse des branches de l'artère pulmonaire sont bien supportées et que la *résection des bronches* peut être entreprise assez largement.

M. *Lenhartz* (de Hambourg) déclare que, bien que médecin, il s'est décidé à opérer sur le poumon, en voyant que les chirurgiens ne montraient pas beaucoup de goût pour cette pratique. Dans les cas récents de dilatation bronchique, la guérison peut survenir assez simplement par la résection de quelques côtes. Dans les cas anciens, ce procédé ne suffit plus. Il faut ouvrir les abcès, dont la recherche n'est pas toujours facile, car ils sont multiples. La résection du poumon est la dernière ressource; les malades doivent être avertis de la possibilité d'interventions réitérées. Dans les cas de tumeur du poumon, les rayons de Röntgen viennent se joindre aux autres signes physiques pour assurer le diagnostic du siège. M. Lenhartz ne sait si la chambre pneumatique est indispensable. La pneumothorax se produit parfois à la suite d'un accès de toux. M. Körte, de Berlin, a un total de 57 opérations pulmonaires. C'est dans les bronchectasies qu'il a eu le plus de morts opératoires. La multiplicité des foyers est la principale cause d'insuccès. Une *syncope mortelle* vient parfois interrompre brusquement une opération qui avait très bien marché. Lui aussi se dispense des chambres pneumatiques, préférant l'opération en deux temps dont le premier a pour but de créer des adhérences.

L'*actinomycose* du poumon est le plus souvent méconnue. L'état normal des sommets pulmonaires est un bon signe, ainsi que l'absence dans les crachats de bacilles de Koch. En revanche, on y trouve les grains caractéristiques de l'actinomycose. Il faut ouvrir les foyers et laisser les plaies ouvertes pour éviter les récidives.

Plus hardi encore, *M. Schlange* (de Hanovre), qui préconise l'intervention dans l'*hémorragie* chez les *tuberculeux cavitaires*. L'arrêt des hémorragies ne survient qu'à la faveur d'un abaissement de la pression sanguine; puis les accidents reprennent. Aussi, dans un cas de ce genre, a-t-il tamponné la caverne à la gaze iodoformée, après avoir réséqué la troisième côte. Le résultat fut favorable.

A. Benoît.

Chirurgie du cœur (XXXVIe *Congrès de la Soc. allemande de chirurgie*, 1907) — M. Rehn (de Francfort-sur-le-Mein) indique les meilleurs signes qui permettent de reconnaître les plaies pénétrantes du cœur. Ce sont, avec l'*anémie* du blessé, de l'oppression, des douleurs dans les bras, les jambes, le ventre; la respiration devient dyspnéique rapidement. De plus, on entend un *bruit systolique*, causé par la projection du sang à chaque contraction du cœur. Faut-il extraire immédiatement tous les corps étrangers? L'auteur pense que non, et que véridiques sont les faits où des héros mouraient aussitôt extrait le fer meurtrier de leur blessure. Mieux vaut donc commencer par mettre le cœur à nu, pour ne pas être arrêté dans les manœuvres ultérieures par la continuation de l'hémorragie. Les lésions des artères coronaires ne sont pas fatalement mortelles; ces vaisseaux peuvent être suppléés par des anastomoses. Dans le traitement des plaies du cœur, il y a lieu d'essayer parfois de moyens assez simples. Dans un cas où il y avait blessure d'une veine pulmonaire, le *tamponnement* sauva le blessé. Le rapporteur pense qu'il faut éviter les ouvertures larges au moyen de grands lambeaux, de la cavité péricardique. Il faut essayer de trouver la source de l'hémorragie par une courte incision intercostale. Si l'on ne peut y parvenir, on fait alors la résection costale plus ou moins étendue. Le drainage de la plaie et du péricarde doit suivre l'intervention, en se rappelant que le point le plus déclive n'est pas la pointe du cœur, mais l'extrémité de l'appendice xiphoïde. La *technique*, pour suturer la plaie cardiaque, n'est pas d'une difficulté aussi grande qu'on pourrait le craindre, le cœur pouvant être comprimé pendant quelques minutes chez l'homme. Ce qu'il faut, c'est agir rapidement. Pour cela, attirer l'organe un peu en dehors et comprimer légèrement les veines caves, sans influencer trop directement le faisceau de His, dont on connaît l'importance. La suture se fait avec des aiguilles rondes et de la soie. Il rejette les surjets et le catgut, qui ne tient pas assez longtemps: quant au surjet, il occasionne des

nécroses. L'expérience a montré que la suture ne tient que sur les cœurs dont le muscle n'est *ni sénile*, ni *altéré* par la maladie, à cause de la friabilité trop grande dans ces derniers cas. M. Rehn compte 40 0/0 de guérisons par l'intervention, sur un total de 124 cas de blessures du cœur. Les meilleurs résultats ont été notés après le *drainage des cavités*. Lorsqu'on doit pratiquer la résection costale, il est bon de conserver le périoste, afin que les os se reforment dans la paroi précardiaque.

A. Benoît.

Contribution à la technique de la gastro-entérostomie, par M. A. Reuterskiold (*Hygiea*, janvier 1907). — On trouve dans un journal scandinave la description d'un procédé commode et, selon son auteur, très efficace, pour empêcher le *circulus vitiosus* de se produire à la suite de la gastro-entérostomie. On commence par exécuter l'anastomose gastro-jéjunale comme d'habitude (procédé inférieur de Koch); puis sur l'anse afférente du jéjunum, à la gauche de l'anastomose et tout près d'elle, on crée un coude en relevant l'intestin avec des ciseaux sur lesquels il repose, de manière à aller fixer le sommet de cet angle aigu à la paroi même de l'estomac par quelques points de suture musculo-séreuse. On voit donc qu'il existe ainsi, en amont de l'anostomose, une pente qui arrête les liquides à leur sortie de l'estomac, sans s'opposer à l'écoulement lent de ceux qui proviennent de cette anse afférente, en contournant l'éperon ainsi formé, à l'opposé de la bouche anastomotique.

A. Benoît.

Contribution à l'opération de l'iléus par calcul biliaire, par Brentano (*Münch. med. Woch.*, 7 mai 1907). — Jusqu'à présent l'attention n'a guère été dirigée sur la vésicule dans l'opération de l'iléus par calcul biliaire. Cela tient à ce que l'on évite de prolonger l'opération chez des sujets déjà affaiblis et à ce que l'incision abdominale est faite entre l'ombilic et la symphyse, dans le but d'enlever l'obstacle intestinal et non d'inspecter la vésicule. Cependant celle-ci contient souvent d'autres calculs qui peuvent être la cause de complications : en outre, elle joue un rôle dans l'irritation péritonéale parce qu'elle a donné passage au calcul, le plus souvent à la suite d'une perforation de sa paroi.

Pour éviter les dangers provenant de la vésicule chez les opérés, l'auteur recommande d'explorer dans tout cas d'iléus d'origine calculeuse le bout central de l'intestin. Si l'on trouve d'autres calculs il faut alors les enlever. Pour cette raison, il ne faut pas ouvrir l'intestin avant de l'avoir exploré. Si le bout central est vide et que le calcul enlevé présente des facettes, ce qui indique la présence d'autres calculs, il faudra prolonger l'incision par en haut pour enlever les calculs. Quant à intervenir pour l'abcès existant au point de perforation de la vésicule, ceci dépendra de l'état des forces du malade. En général, il faudra intervenir lorsqu'on constatera une irritation péritonéale plus forte que dans le simple enclavement du calcul.

Si l'on est forcé de découvrir la région de la vésicule, il faudra, en cas d'iléus, faire l'incision dans la région ombilicale, ce qui permettra d'atteindre le calcul arrêté le plus habituellement dans les parties inférieures de l'intestin grêle.

Comme la suture transversale de la plaie résultant de l'entérotomie, surtout après l'extraction de gros calculs, offre le plus souvent des difficultés, il est préférable de faire une suture longitudinale, d'autant plus que celle-ci, d'après l'auteur, n'a jamais entraîné de sténose.

L. Jumon.

L'opération précoce dans l'appendicite aiguë, par Bérard et Alamartine (La *Province médicale*, 1er juin 1907). — A propos d'un appendice trouvé perforé à la troisième heure, les auteurs discutent l'opportunité de l'opération précoce, pratiquée dans les premières heures qui suivent le début clinique de l'appendicite. De l'examen des statistiques, ils arrivent à cette conclusion que, par l'opération systématiquement pratiquée le premier jour, 94 à 95 p. 100 des appendicites aiguës guérirent, résultat qu'aucune autre méthode de traitement n'a été capable de donner jusqu'à aujourd'hui.

Au point de vue de l'indication opératoire, la leucocytose n'a pas de valeur pronostique certaine : la contracture musculaire réflexe manque parfois dans les cas les plus graves. S'il y a défervescence avec atténuation de tous les symptômes, les chirurgiens les plus interventionnistes sont unanimes à s'abstenir. Mais pour que l'opération puisse être remise, il faut que tous

les symptômes soient également atténués. Les auteurs, dans cette discussion, admettent les conclusions de Koerte et que voici résumées :

L'intervention précoce, c'est-à-dire entreprise dans les quarante-huit heures du début de la crise, alors que le péritoine a encore des chances d'être indemne ou n'est que peu touché, constitue le traitement idéal de l'appendicite.

Passé ce délai, c'est-à-dire à cette période que l'on peut qualifier de stade intermédiaire, il vaut mieux s'abstenir et attendre, en se contentant d'ouvrir simplement les abcès s'il s'en forme, et n'opérer que lorsque la crise sera refroidie, sans jamais attendre une seconde crise.

L'opération à froid ne sera tentée, autant que possible, qu'après deux mois à dater de la cessation de tout symptôme d'une crise passée.

L. Jumon.

Suppositoires contre les hémorroïdes douloureuses, par M. Yvert (*Journal de médecine de Paris*, n° 22, 23 juin 1907, p. 208).

Stovaïne	0 gr. 03
Orthoforme	0 gr. 10
Solution d'adrénaline au millième	IV gouttes
Extrait de belladone	0 gr. 01
Onguent napolitain	3 gr.

Pour un suppositoire.

Pierre Sée.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr Pierre Sée.

Influence du tabac, du café ou du thé dans les affections stomacales, par Cramer (*Münch. med. Woch.*, 7 et 14 mai 1907). — Dans le traitement des maladies de l'estomac et de l'intestin il faudra recommander de restreindre même l'usage de tous les excitants, y compris l'alcool et parfois même de les supprimer complètement.

Dans l'hyperchlorhydrie, le café ne pourra être permis que très dilué à cause de son action hypercrinique, où il sera peut-être préférable de le remplacer par du thé. Il faut aussi restreindre l'usage du tabac dans les cas d'hypersécrétion gastrique, car il semble exciter la sécrétion chlorhydrique et ne pourrait qu'aggraver l'hyperchlorhydrie.

Le thé devrait être prohibé dans l'anacidité, par contre le café pourrait être utile dans le cas où l'absence d'acide chlorhydrique dans l'estomac n'est pas causé par des lésions irréparables de la muqueuse stomacale. Il faudra renoncer complètement à fumer lorsque l'analyse du suc gastrique ne donne pas d'acide chlorhydrique, parce que les fortes bases du tabac exigent de grandes quantités d'acide chlorhydrique pour se saturer et l'estomac n'est pas en mesure de répondre à cette exigence.

Dans l'insuffisance motrice l'usage du tabac doit être très restreint ou complètement supprimé dans tous les cas où l'individu ressent des symptômes pénibles du côté de l'estomac après avoir fumé.

Nous savons très peu de chose sur l'action du café ou du thé sur la motilité de l'estomac, ceux-ci paraissent agir davantage sur la sécrétion. Ils ne peuvent cependant qu'être avantageux pour les malades atteints d'insuffisance motrice, lorsqu'ils sont pris en quantité modérée.

Dans la gastrite il faut faire une différence suivant qu'il y a hyperchlorhydrie ou hypochlorhydrie, mais dans tous les cas il faudra restreindre l'emploi du tabac ; il en est de même pour l'ulcère gastrique. La guérison de l'ulcère est certainement compromise quand le malade fume beaucoup.

Les affections intestinales réclament une prudence particulière à l'endroit des excitants. Les observations cliniques montrent que les symptômes spasmodiques doivent leur origine surtout au tabac ; il faudra donc attirer l'attention des malades sur ce point dans les cas d'atonie spasmodique. Le tabac est malfaisant dans le catarrhe chronique de l'intestin. En tout cas la guérison de la maladie est plus facile lorsque le malade cesse de fumer.

Les troubles hémorroïdaires peuvent être provoqués ou exagérés par l'usage du café, du thé et du tabac, et il sera nécessaire de les supprimer complètement tant qu'il existe des symptômes très sérieux de stase. Il importe d'avertir les malades que la suppression de ces excitants n'est pas suivie de la guérison immédiate.

L. Jumon.

L'hypertrophie du pylore chez l'adulte et son traitement par l'opium, par New-

MANN NEIDL (*The Practitioner*, mai 1907). — L'hypertrophie du tissu musculaire du pylore se rencontre comme complication d'une affection voisine du pylore, ulcère ou cancer, comme complication d'un rein mobile, d'une névrose gastrique motrice, enfin elle existe à l'état congénital chez l'enfant.

Le spasme du pylore est fréquent dans les dyspepsies aiguës de causes variées, ou bien il survient sous l'action du système nerveux central, comme dans certains états émotionnels.

Le traitement diététique et le traitement médicinal, à l'exception de l'opium, ne donne guère de résultats dans la névrose motrice. Les lavages de l'estomac peuvent donner de bons résultats, temporaires ou permanents, dans la forme congénitale, mais il n'en est plus de même chez les adultes, où le spasme du pylore accompagne si souvent la neurasthénie. Même la gastro-entérostomie ne donne guère de succès, malgré un soulagement temporaire. Mais l'objection la plus sérieuse qu'on puisse élever contre l'opération est la mort subite survenue dans quelques cas après l'intervention.

L'opium apporte un certain soulagement si on le donne avec méthode. L'auteur recommande trois à dix gouttes de teinture dans deux petites cuillerées d'eau vingt minutes avant le repas. La dose varie suivant le nombre de repas et l'étendue de la dilatation. L'opium agit ici, comme dans la colique néphrétique et l'asthme, à titre d'antispasmodique des muscles lisses.

Dans la forme associée à l'ulcère gastrique, la douleur commence quelques heures après le repas. L'opium doit alors être donné une demi-heure avant le moment d'apparition de la douleur, qui indique l'hyperactivité du pylore.

L'auteur a également eu recours avec succès à l'opium dans la forme congénitale, tout en regardant l'opération comme étant contre-indiquée. Une goutte de teinture d'opium est ajoutée à 300 grammes d'eau ; de cette solution on donnera une cuillerée à thé vingt minutes avant chaque repas, ce qui suffira pour faire cesser les vomissements et disparaître la tumeur pylorique ; l'enfant augmentera alors rapidement de poids.

Il est inutile, dans les cas où l'on soupçonne le spasme fréquent du pylore, chez l'adulte comme chez l'enfant, d'attendre que les signes de l'hypertrophie pylorique apparaissent pour donner de l'opium.

L. JUMON.

Traitement des calculs biliaires dans la vésicule et le canal cystique, par G. A. PETERS (*The Edinb. med. J.*, mai 1907). — L'auteur considère comme barbares ou ayant fait leur temps les opérations qui consistent à broyer les calculs ou à les atteindre avec une aiguille lorsqu'ils sont logés dans le col de la vésicule ou le canal cystique. Tout calcul qui est suffisamment accessible pour être atteint par une aiguille ou une pince peut être atteint par le bistouri, de façon à en permettre la sortie par une ouverture suffisamment large pour que le calcul sorte entier. Même lorsqu'un calcul est brisé, il n'est pas certain que ses fragments s'échapperont par les conduits. Au contraire, ils peuvent rester logés dans les plis de la muqueuse et s'accroître dans la suite.

Lorsqu'il n'y a pas d'obstruction du cholédoque, il ne semble pas qu'on puisse procéder à la cholecystentérostomie, puisque dans l'oblitération du canal cystique il est bien préférable de faire la cholecystectomie.

La cholécystostomie, soit comme mesure temporaire pour drainer une vésicule biliaire atteinte d'inflammation, ou comme moyen de dériver au dehors la bile infectée dans les cas d'obstruction du cholédoque, conservera sans doute toujours une place en chirurgie, mais le champ presque exclusivement occupé par cette opération est maintenant pris en partie par l'opération plus radicale de la cholécystectomie.

Parmi les plans variés de traitement il en est deux qui occupent une place importante comme donnant des résultats de beaucoup supérieurs à ceux des autres méthodes. Ce sont la cholélithotomie ou opération idéale et la cholécystectomie. Au bout d'une semaine la plaie est guérie et le malade est débarrassé de la cause ou des conséquences de la maladie. Dans des conditions favorables, ce sont donc des opérations de choix. Le champ des autres opérations se rétrécira toujours malgré les améliorations de la technique. La cholécystectomie tentera fortement les chirurgiens modernes en raison de son caractère radical. Pourvu toujours que le canal cholédoque soit perméable et particulièrement dans les cas d'oblitération du canal cystique, la cholécystectomie doit être considérée comme une opération d'une haute utilité.

L. JUMON.

Contre l'hyperchlorhydrie, par M. Léon Meunier (*Journal de médecine de Paris*, n° 21, 26 mai 1907, p. 197). — Prendre avant le repas un des paquets :

Sulfate de soude desséché.....	80 gr.
Phosphate de soude desséché.....	40 gr.
Bicarbonade de soude.....	20 gr.

Pour 40 paquets.

Contre l'hypochlorhydrie, employer la même formule, en remplaçant les 20 grammes de bicarbonate de soude par 20 grammes de chlorure de sodium. Prendre un paquet avant les repas.

Pierre Sée.

Pilules contre les douleurs de l'entérocolite, par M. Ed. Enriquez (*Journal méd. de Paris*, n° 19, 12 mai 1907, p. 178). — Prendre le soir une pilule :

Extrait de belladone.. }	ââ 0.01 centigramme
Poudre de belladone.. }	

Pierre Sée.

Contre la constipation atonique, par M. Gillet (*Journal de médecine de Paris*, n° 21, 26 mai 1907, p. 198). — A un enfant de quatre ans donner, sur un morceau de sucre, trois à douze gouttes, dans les vingt-quatre heures, de la mixture :

Teinture de noix vomique.....	4 grammes
Teinture d'ipécacuanha.....	1 gramme

Pierre Sée.

Laxatif (*Journal de méd. de Paris*, n° 19, 12 mai 1907, p. 178).

Phtaléine du phénol ... 0.10 centigrammes pour une pilule.

Donner une pilule à un enfant de huit à dix ans ; trois à un adulte.

Pour obtenir un effet purgatif, doubler les doses.

Pierre Sée.

Appareil pulmonaire. Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,
Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Observations sur le traitement hyperémique des poumons par le masque à aspiration, par Ernst Kuhn (*Münch. med. Woch.*, 16 avril 1907). — L'appareil dont on se sert pour réaliser le traitement hyperémique des poumons dans les affections pulmonaires et notamment la tuberculose se compose d'un masque muni de soupapes disposées de telle sorte que l'air expiré sorte librement, tandis que l'aspiration est rendue difficile. Ce masque est porté durant plusieurs heures par jour. Le danger d'hémorragie est très faible et jamais il ne s'est produit d'hémoptysies, même chez les malades qui en avaient eu récemment. Chez les tuberculeux avancés, atteints d'asthénie cardiaque, l'usage du masque relève la force du cœur au point de rendre inutiles les injections camphrées. Certains éprouvent une euphorie remarquable. L'effet sur le cœur se traduit sur le tracé sphygmographique, qui se relève très notablement, en même temps que le pouls diminue de fréquence.

Le traitement employé à la Charité de Berlin a donné, dans la tuberculose pulmonaire des résultats excessivement favorables en ce qui concerne la diminution de la toux et de l'expectoration et l'augmentation du poids corporel. Jamais on n'a constaté la moindre action nuisible, bien que le masque ait été employé même dans les cas les plus graves. Cependant, au début du traitement, les malades éprouvent de légères céphalalgies, qui disparaissent à la fin de la première semaine, mais déjà on commence à noter une augmentation du poids du corps. Les quintes de toux sous le masque deviennent plus rares ou cessent complètement. Les râles diminuent d'une façon remarquable, tandis que l'appétit et l'état général s'améliorent. La température n'augmente pas chez les malades fébricitants, et dans quelques cas la fièvre a diminué ou disparu peu à peu. Les érythrocytes et la proportion d'hémoglobine augmentent chez les tuberculeux comme dans les circonstances ordinaires sous l'influence du masque.

Dans quelques cas, cette augmentation du chiffre des globules a persisté après le traitement. Il se passe ici ce qui se passe dans les stations de haute altitude.

Plus tard, la respiration se fait mieux, et les malades reconnaissent qu'ils respirent plus librement, tandis que la conformation du thorax s'est modifiée d'une façon favorable.

L'auteur a encore essayé le même traitement dans plusieurs cas de pneumonie avec des résultats encourageants en ce que l'ex-

pectoration semble plus facile. Dans un cas d'asthme bronchique, l'emploi du masque fit cesser les accès au bout de quelque temps, ce qui n'était pas arrivé depuis plusieurs années.

Le retour du type respiratoire physiologique normal, sous le masque, la disparition des symptômes de catarrhe et la décharge du cœur droit, ainsi que l'amélioration de toutes les fonctions circulatoires semblent être les avantages du traitement dans cette dernière maladie, sur laquelle il est souvent difficile d'agir.

L. Jumon.

Traitement de la dégénérescence myocardique, par Babcock (*The amer. J. of the med. sc.*, mai 1907). — Si les malades atteints de dégénérescence cardiaque présentent en même temps des signes d'insuffisance, le traitement est le même que dans l'insuffisance cardiaque de toute cause; dans le cas contraire, le traitement doit s'appliquer à conserver au cœur sa fonction et à prévenir l'insuffisance. Dans les cas légers, on ne prescrira qu'un repos relatif à la chambre ou dehors, et étendu durant une grande partie de la journée. Le repos absolu au lit est nécessaire si le cœur ne supporte pas le moindre exercice. Toutefois le repos absolu n'est pas aussi salutaire dans la dégénérescence du cœur que dans l'insuffisance cardiaque liée aux lésions valvulaires, précisément parce que l'exercice musculaire favorise la circulation surtout veineuse. Il faut alors attendre que le cœur ait regagné en partie sa force. Mais alors on peut recourir très utilement aux massages et aux exercices de résistance.

Quant au traitement médicamenteux, il suit les mêmes règles que dans les cas de lésions valvulaires. On doit recourir souvent aux vaso-dilatateurs, surtout lorsque les artères sont dures. La digitale doit être particulièrement surveillée dans son action. Le strophantus est de tous les médicaments celui dont l'action est la plus favorable dans la dégénérescence du myocarde. Dans les cas accompagnés d'hypertrophie et de dilatation, la teinture d'aconit peut être très utile pour combattre les palpitations.

Les cathartiques sont indispensables dans les cas de stase abdominale et n'ont pas les inconvénients de la saignée, qui devrait être trop souvent employée. Ils apportent du soulagement tant que la tension est élevée, comme dans les cas compliqués de néphrite chronique.

La morphine est très utile pour calmer les accès de dyspnée cardiaque. Une injection d'un demi-centigramme, le soir, agit comme stimulant cardiaque et calme toujours la dyspnée. Beaucoup de malades ont également un meilleur sommeil par ce moyen.

Comme traitement préventif, on recommandera d'éviter une alimentation exagérée, l'oisiveté complète et le surmenage. Une gymnastique médicale réglée est même très utile. Elle consiste dans des exercices respiratoires, des mouvements des membres et de la paroi abdominale, en surveillant les effets sur le pouls et la respiration.

Dans les cas de ce genre, le traitement médicinal tient peu de place. Ce sont les laxatifs qui sont le plus utiles. Si la tension vasculaire est très élevée, on aura recours aux vaso-dilatateurs.

L. Jumon.

Le dosage de la digalène en injections intraveineuses, par Kottmann (*Corresp Bl. f. Schweizer Aerzte*, 15 mai 1907). — La digalène est fréquemment employée, à la clinique médicale de Berne, en injection intraveineuse, dans les cas graves d'insuffisance cardiaque : les recherches ont démontré qu'une dose de 1 cc. suffit pour obtenir l'effet thérapeutique : en général, on a adopté la dose moyenne de 5 cc., mais l'auteur a pu constater que celle de 1 cc. permet de parer à toutes les nécessités de la clinique. En cas de non-réussite, on peut sans aucun danger faire une nouvelle injection une demi à une heure plus tard.

L'euphorie subjective et l'amélioration symptomatique se manifestent de suite après l'injection : le professeur Sahli considère même que cette intervention constitue un réactif précieux pour l'étude des fonctions du myocarde : on peut grâce à elle reconnaître si la digitale est indiquée dans un cas donné.

Il faut injecter lentement dans la région du pli du coude ; il est bon d'obtenir la stase veineuse par une ligature élastique au-dessus du point où l'on injecte.

E. Vogt.

Les affections cardiaques sont-elles une contre-indication formelle à la cure de

Vichy, par Ch. Cotar (*Ann. méd. chir. du Centre*, 5 mai 1907). — Il ne s'agit pas ici d'envoyer un cardiaque à Vichy, pour y trouver une amélioration de ses lésions; le plus souvent il s'agit de cardiaques présentant des troubles digestifs ou des affections hépatiques ou rénales. Ces affections peuvent être indépendantes de l'affection cardiaque ou en être la conséquence. Lorsqu'elles sont indépendantes, le traitement ne nécessite pas une surveillance très étroite. Souvent les souffles cardiaques reconnaissent une origine fonctionnelle sous la dépendance des congestions viscérales; le cure alcaline aura l'avantage d'en fixer le diagnostic et le pronostic. Les bruits anormaux du cœur disparaissent avec les troubles digestifs et congestifs.

Ailleurs, des troubles circulatoires, angoisse précordiale, dyspnée, palpitations se produisent sans que le cœur ou les vaisseaux présentent la moindre lésion, ou bien les troubles se présentent dès le début ou au cours de la cure. Ils semblent alors liés à une myocardite. Celle-ci est une contre-indication formelle à la cure alcaline.

Si, par contre, l'affection cardiaque passe au premier plan, la cure n'est pas contre-indiquée à condition d'être bien surveillée, et les résultats peuvent être excellents. Des mitraux ont vu leurs troubles digestifs s'améliorer rapidement sans que la fatigue du cœur se soit manifestée.

En réalité, les troubles liés aux affections cardiaques diminuent parallèlement avec les modifications des lésions ou troubles accessoires. Les troubles digestifs s'amendent, le foie se décongestionne, la circulation veineuse est plus facile et le cœur est soulagé dans son travail et ses battements se régularisent. Même l'œdème malléolaire disparaît.

L'auteur assure que les accidents observés dans ces cas doivent être surtout imputés à la négligence ou au zèle intempestif du malade, qui souvent se soigne seul, buvant de l'eau sans mesure et sans direction.

Dès que le cœur faiblit et qu'il y a de la tendance à l'arythmie, il faut se méfier, surtout si la gêne de la circulation pulmonaire, les hémorragies viennent compliquer la situation, qui s'aggrave alors rapidement avec l'eau de Vichy.

D'après l'auteur, le cœur mou, arythmique, à bruits mal frappés, le cœur dilaté, sans hypertrophie, en imminence d'asystolie et l'anasarque généralisée sont des contre-indications au traitement. L. Jumon.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Traitement de la sciatique par les injections salines, par Archibald Hay (*The Glasgow med., J.*, mai 1907). — L'auteur relate quatre cas de sciatique traités par les injections intra-nerveuses de solution saline et dans lesquels la guérison réelle s'est maintenue. Ce traitement n'est pas nouveau et on en a déjà rapporté des effets favorables. La grande variété des médicaments employés pour les injections fait d'abord penser que les résultats ont été attribués à l'action du médicament injecté et ensuite que l'action curative du traitement est due à ce que le liquide est injecté dans le nerf ou autour. La persistance de la guérison dans beaucoup de cas montre qu'elle n'est pas due seulement à l'anesthésie locale. L'auteur pense que l'effet curatif de l'injection tient à son action mécanique sur la circulation lymphatique des nerfs, qui se trouve facilitée.

L'auteur injecte le liquide juste au-dessous du pli fessier, car il y a moins de danger de blesser l'artère sciatique, qui croise le nerf juste après sa sortie de l'échancrure. Il n'est pas nécessaire d'injecter plus de dix centimètres cubes de solution saline stérilisée à chaque séance. L'injection est facile à faire et ne cause pas de douleur. On recherche le nerf entre le grand trochanter et la tubérosité sciatique, au point où il repose sur l'os et on plonge l'aiguille de la seringue jusque dans le nerf. Une secousse apparaît dans le membre au moment où l'aiguille pique le nerf, on vide rapidement la seringue, on retire l'aiguille et on applique du collodion sur la piqûre. On invite alors le malade à se lever et à marcher. Plusieurs injections peuvent être nécessaires pour effectuer la guérison, mais l'amélioration à la première injection peut être assez grande pour que le patient consente à continuer le traitement.

L. Jumon.

Traitement de la talalgie par les courants de haute fréquence, par J. de Nobele (*Ann. de la soc. de méd. de Gand*, 1er fasc. 1907). — La talalgie par sa fréquence et sa ténacité arrive parfois à constituer une véritable infirmité, qui s'est montrée rebelle aux traitements médicaux les plus variés, Elle n'est pas spéciale à la blennorragie et

peut dépendre de la goutte et du rhumatisme. La douleur ne tient pas toujours à la bourse séreuse sous-calcanéenne, elle peut dépendre aussi de névrite dont l'origine est centrale ou périphérique.

Partant de l'idée que ces douleurs sont d'origine névritique l'auteur a songé à utiliser pour le traitement de cette affection les propriétés révulsives et analgésiques des courants de haute fréquence. Il relate plusieurs observations dans lesquelles le traitement a donné de bons résultats. La technique employée a été la même chez tous les malades. De puissants effluves ont été donnés par le résonateur bipolaire de d'Arsonval dont l'une des extrémités était mise en rapport avec le malade par deux manches métalliques qu'il tenait en main, tandis que les effluves de l'autre pôle étaient dirigés sur le talon pendant dix minutes. Enfin la séance était terminée par l'application unipolaire d'étincelles.

Ces courants paraissent agir comme analgésiques, par leur action antiphlogistique, par leur action trophique.

L'application de ce procédé a donné d'excellents résultats dans les cinq cas publiés par l'auteur.

L. Jumon.

Traitement de l'insomnie, par Stegmann (*Münch. med. Woch.*, 16 avril 1907). — L'insomnie doit toujours être considérée comme un symptôme et non comme une maladie. On l'observe le plus souvent dans les névroses fonctionnelles, où elle est très pénible, et domine même tous les autres symptômes. Souvent l'insomnie tient à ce que le sommeil est trop léger. Rarement les hypnotiques ont une action satisfaisante et ne doivent être employés que d'une façon passagère pour supprimer passagèrement l'activité cérébrale. Il faut traiter l'insomnie surtout par des moyens psychiques, et pour ce faire, il faut étudier à fond le malade, le caractère et les causes de son insomnie. S'il n'existe aucune affection somatique capable de troubler le sommeil, le traitement se règle sur les mêmes actions thérapeutiques indiquées pour la nervosité. En premier lieu, il faut régler la manière de vivre, supprimer les mauvaises habitudes, les promenades trop longues, les pratiques hydrothérapiques exagérées, les lectures pendant la nuit. L'eau est avantageuse sous forme de bains tièdes prolongés ou d'enveloppements humides. Le coucher à l'air libre agit bien plus favorablement que la promenade. L'électricité ne joue plus un si grand rôle qu'autrefois, mais peut être utile, surtout sous forme d'effluves statiques, tandis que le courant continu donne des sensations désagréables.

Les hypnotiques ne doivent être prescrits qu'exceptionnellement pour prévenir l'épuisement, on choisira ceux qui déterminent le moins de troubles accessoires. On évitera surtout la morphine, qui ne doit être donnée qu'en cas de douleur. On donnera rarement des bromures. Le véronal et le proponal semblent être les hypnotiques les plus recommandables. L'auteur enfin considère la suggestion hypnotique comme étant supérieure aux médicaments.

L. Jumon.

Sur le traitement du delirium tremens, par F. Eichelberg (*Münch. med. Woch.*, 14 mai 1907). — Dès leur entrée on supprime l'alcool aux malades. On s'abstient de tout traitements pécifique, car on n'a constaté aucun résultat par les différents hypnotiques, non plus que par les mesures hydrothérapiques. Il semble, au contraire, que ces traitements affaiblissent encore l'énergie cardiaque. Il s'agit au contraire, de maintenir et d'augmenter l'énergie cardiaque. Dès que le pouls s'affaiblit, on donne des stimulants variés, la digitale, le strophantus, le camphre, du café. Le troisième jour, lorsque le délire est au déclin l'auteur donne 2 à 4 grammes de chloralformamide qui procure plus facilement du sommeil au malade. Comme les délirants ont le plus souvent une soif vive et que l'ingestion abondante ne peut qu'être utile en favorisant la diurèse on leur donne à boire une tisane amère légèrement sucrée.

Dans les pneumonies accompagnées de délire, l'auteur donne en général immédiatement de la digitale et aussi de l'alcool. Le pronostic de cette complication est d'ailleurs défavorable.

L. Jumon.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

Résection sous-muqueuse des déviations de la cloison par Otto Freyer (de Chicago)

(*Arch. intern.*, mai 1907). — L'auteur a fait connaître son procédé en 1902 puis en 1903, 1905, 1906; il a pratiqué 206 opérations; sur le nombre, il a eu 16 perforations très petites, dont 5 étaient inévitables. Six de ces perforations ont eu lieu dans les 15 premières opérations pratiquées mais, depuis, il n'a observé cet accident que 10 fois sur 191 interventions.

La proportion des diverses formes de déviations opérées a été la suivante: déviations en forme de crête 41 cas, à double courbure 121 cas, sigmoïdes 13 cas, dont deux seulement verticales, arciformes ou en forme de C 10 cas, irrégulières et échappant à toute classification 21 cas. Dans 22 cas l'auteur a dû commencer à réséquer le bord antérieur de la cloison dont la déviation coexiste fréquemment avec les formes précédentes.

Les soins préliminaires de l'opération consistent à couper les vibrisses, à nettoyer la partie antérieure des fosses nasales avec des tampons humides ou des pulvérisations alcalines; ne pas recourir aux antiseptiques et ajourner l'opération s'il y a du catarrhe nasal ou de l'eczéma des narines.

Le patient est étendu sur un fauteuil dans une position à demi-renversée, mais doit pouvoir être assis ou couché suivant les besoins. La tendance à la syncope cesse, presque toujours, quand l'opération est en train et les opérés sont capables de se tenir assis vers la fin de l'opération.

Comme éclairage, l'auteur se sert de la lampe électrique frontale de Kirstein. Pour tous les opérés au-dessus de 10 ans on a recours à l'anesthésie locale pratiquée de la façon suivante : d'abord, badigeonnage des deux faces de la cloison avec une solution d'adrénaline à 1/1000; après 2 ou 3 minutes, l'auteur applique, à l'aide de petits tampons d'ouate légèrement humides, du chlorhydrate de cocaïne en poudre; l'anesthésie est complète après 3 à 5 minutes et on peut commencer l'opération.

Chez les tout jeunes enfants l'auteur associe l'anesthésie locale au chloroforme qu'il fait inhaler pour produire seulement une demi-inconscience.

Deux aides sont nécessaires : l'un tient les retracteurs des narines, l'autre éponge constamment le champ opératoire avec des tampons montés sur tiges.

Au lieu du spéculum ordinaire l'auteur emploie des rétracteurs étroits et plats coudés à angle droit sur le manche.

L'incision de la muqueuse varie de forme avec le cas; pour les déviations à arêtes verticale et horizontale, l'incision a la forme d'un L dont l'ouverture regarde en avant; dans les déviations en crête on fait une incision verticale partant de la portion culminante de l'extrémité antérieure de la crête et descendant jusqu'au plancher de la fosse nasale; à cette incision vient se joindre une courte incision horizontale dirigée en avant. Dans la luxation du bord antérieur de la cloison, l'incision porte sur le relief saillant du cartilage.

L'incision doit traverser la muqueuse et le périchondre qu'il faut conserver pour que la nouvelle cloison soit rigide.

Pour le décollement du périchondre, comme on agit à une profondeur de 5 à 7 c., les instruments, dont on se sert, sont généralement trop volumineux; l'auteur a plusieurs modèles d'élévateurs étroits.

On commence à détacher le lambeau limité par l'incision en L et à le rabattre en avant; puis on décolle le périchondre de la partie postérieure de l'incision; au-dessus de la crête cela est facile, mais à son niveau et au-dessous l'adhérence est telle qu'il faut parfois enlever la portion exubérante et dénudée de la crête pour faire du jour.

Le cartilage est sectionné avec un couteau très tranchant et mince par une incision horizontale et une seconde parallèle au dos du nez; on soulève un peu le cartilage pour passer un élévateur mousse ou tranchant destiné à détacher la muqueuse du côté concave. Le cartilage est réséqué, lorsqu'il est libre de toute adhérence, à l'aide d'un couteau angulaire; dans les cas où la dénudation est très difficile, on enlève le cartilage par lambeaux.

La portion osseuse de la cloison est réséquée avec une pince du modèle Grünwald.

Sur les 206 résections sous-muqueuses, l'ablation du cartilage seul a suffi dans 62 cas.

Le tamponnement se pratique, après l'opération, avec des bandes de gaze de 25 c. de long et 1 c. de large, imprégnées de sous-nitrate de bismuth finement pulvérisé. Il se fait, 1 ou 2 heures après l'opération, un écoulement de liquide séro-sanguinolent, dont il faut prévenir l'opéré.

La fosse nasale du côté concave ne devra être tamponnée pendant 24 heures que s'il y a eu perforation.

Au bout de 2 jours on enlève les bandes de gaze placées les dernières; on s'arrête

dès que le patient se plaint ou que le sang paraît; l'enlèvement total du tampon a lieu, en général, au bout de 4 jours. Le malade doit garder le lit le 1er jour seulement; au bout de 8 jours il peut reprendre ses occupations.

Après le détamponnement, la narine est simplement fermée par une boulette d'ouate qu'on change dès qu'elle est souillée, mais au bout de 8 jours la narine est laissée libre; l'opéré devra seulement faire des pulvérisations d'eau salée et oindre le vestibule avec la pommade suivante :

Acide salicylique.....	0 gr. 50
Vaséline.....	8 gr.
Lanoline.....	25 »

Après 4 à 6 semaines on arrête tout traitement, sauf dans les cas où les croûtes se reproduisent sans cesse du côté convexe.

Après redressement de la cloison le cornet inférieur du côté concave est parfois tuméfié et arrive jusqu'au septum, obstruant ainsi la fosse nasale qui, antérieurement, respirait le mieux; en général cette tuméfaction du cornet disparaît seule au bout d'un certain temps.

L'auteur ajoute que certains auteurs parlent de la résection de la cloison, comme d'une opération facile et que tout le monde peut faire avec des instruments très simples; ce n'est point son avis, car si l'opération n'est pas trop difficile dans certains cas, il en est d'autres qui requièrent de la part de l'opérateur beaucoup d'habileté et de patience; il faut surtout agir sans hâte et voir ce que l'on fait.

L'opération chez les enfants n'arrête point le développement du nez comme on l'a pensé; l'opinion de l'auteur est basée sur 35 opérations pratiquées chez des enfants de 7 à 15 ans; ceux-ci avaient au contraire gagné en santé générale et au point de vue esthétique.

Dans certains cas, on voit, chez les enfants, l'épaississement de la cloison se reproduire mais c'est au dépens du tissu fibreux et du périchondre; dans d'autres cas l'hypertrophie du périchondre arrive à obstruer les fosses nasales pendant quelques semaines.

A. Courtade.

Contribution à l'étude de la fièvre des foins, par Heymann (*Arch. intern. de laryngol.*, mai 1907). — En 1905 l'auteur a étudié cette question sur 120 malades et s'est demandé : 1° s'il y avait une modification spéciale du nez pouvant être regardée comme caractéristique de cette maladie; 2° si les nombreux traitements employés avaient donné des résultats réels.

La réponse à la première question est négative, la réponse à la deuxième est dubitative mais aucun traitement n'est spécifique; l'ablation des polypes, végétations, déviations, etc., a pu soulager certains malades en rendant la fosse nasale plus perméable à l'air; un traitement actif pendant la période du catarrhe peut donner lieu à une réaction intense.

La cocaïne et ses succédanés, l'adrénaline sont utiles en diminuant la gêne, mais n'ont point d'influence sur la marche de l'affection; la pollantine de Dunbar, le graminol de Weichardt atténuent la durée et la violence de la crise.

Un médecin, M. Tobias, a été débarrassé de la fièvre des foins après une thyroïdectomie qu'il a subie; c'est ce qui a engagé M. Heymann à expérimenter les préparations de glande thyroïde contre la fièvre des foins.

L'auteur a donc soigné 19 malades et a obtenu des résultats très positifs; chez 3 malades le traitement a été suivi longtemps avant l'apparition de la crise; celle-ci a avorté complètement. Outre la thyroïdine, des précautions sont recommandées au malade : éviter de dormir les fenêtres ouvertes, de sortir en plein air par un fort soleil, de voyager en chemin de fer, etc.

Dans les 16 autres cas l'attaque de fièvre des foins a été beaucoup plus légère que les années précédentes; 12 malades ont attribué l'amélioration au traitement suivi et les 4 autres à la température plus fraîche et plus humide de l'année.

L'atténuation de la maladie est proportionnelle à la durée de l'emploi de la thyroïdine.

Dans tous les cas, les malades ont pris de 1 à 3 tablettes de thyroïdine (0,3 de substance thyroïde par tablette).

Il n'y a pas eu de cas d'intoxication; une seule malade a dû cesser au bout de huit jours à cause de l'intolérance stomacale.

A. Courtade.

Essai sur le traitement de la tuberculose laryngée par le sérum de Marmorek, par A. Weil (*Le Progrès médical*, 18 mai 1907). — Jusqu'a présent les observations

de tuberculose laryngée traitée par le sérum de Marmorek étaient rares. L'auteur apporte 24 observations qui montrent l'action favorable et rapide de ce sérum sur la tuberculose laryngée. Administré même à haute dose et d'une façon continue, il n'a jamais provoqué d'accidents. Dans plusieurs cas la lésion laryngée se cicatrisa et le malade s'améliora à un degré bien voisin de la guérison. Il s'agissait de tuberculose au début ou d'évolution très lente. L'action du sérum est très rapide et l'aspect du larynx se modifie en quelques jours. La guérison apparente peut se produire alors même que le traitement sérique a été interrompu depuis plusieurs semaines. Toutefois les malades graves ou très graves n'ont tiré aucun bénéfice du traitement.

L'auteur a d'abord administré le sérum comme le recommande son auteur, en lavements quotidiens d'un flaçon de 5 cc. pendant trois semaines, suivies d'une semaine de repos. Ensuite reprise du traitement pendant deux ou trois semaines. Nouveau repos, etc. Il y a souvent avantage à augmenter les périodes de repos et à donner ensuite pendant les périodes de traitement suivantes moins de sérum et moins souvent. L'effet favorable se manifeste très rapidement et dès qu'on constate une amélioration au miroir on cesse le traitement pour le reprendre si la guérison se ralentit.

Si, au cours du traitement sérique, la moindre aggravation se manifeste dans l'état général ou dans l'état local, l'auteur pense qu'il faut arrêter le traitement et attendre pour redonner du sérum que les accidents aient disparu.

Le traitement par le sérum n'exclut pas d'autres traitements locaux. L'auteur conseille le sérum seul pour les tuberculoses laryngées seules et limitées, et d'adjoindre le traitement local dans les autres cas. Il faut suivre attentivement l'action du sérum sur l'état du poumon et sur l'état général.

L. Jumon.

Traitement des paralysies diphtériques par le sérum de Roux, par Comby (*Le Bulletin médical*, 18 mai 1907). — Pour l'auteur, tout malade, enfant ou adulte, atteint de paralysie diphtérique, récente ou ancienne, légère ou grave, localisée ou généralisée, doit être immédiatement soumis aux injections de sérum antidiphtérique.

Les injections seront répétées en série plusieurs jours de suite (3, 4, 5, 6 jours) suivant la gravité des cas : les doses employées seront de 10 à 20 cc. de sérum de Roux par injection, la dose totale pouvant atteindre 60, 70, 80 cc. et même au delà.

Cette sérothérapie intensive et réitérée n'offre aucun inconvénient : elle doit intervenir dans tous les cas, même dans ceux qui auraient été traités préalablement par le sérum, à la phase angineuse.

L'auteur, sur 13 cas de paralysies diphtériques traités par le sérum de Roux depuis 1902, a obtenu 13 guérisons. Parmi ces 13 malades, 7 avaient été injectés lors de l'angine diphtérique.

Malgré l'emploi réitéré et coup sur coup de doses assez considérables de sérum de Roux, les accidents dus au sérum (éruptions, etc.), d'ailleurs bénins, ne se sont montrés que deux fois. Cette proportion ne dépasse pas sensiblement la moyenne.

E. Vogt.

Maladies vénériennes. — Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE,
Médecin des hôpitaux.

La teigne tondante, par le professeur Gaucher (*Journ. des praticiens*, 11 mai 1907). — Actuellement, l'épilation a fait place en général à la radiothérapie : celle-ci ne peut cependant être appliquée à tous les malades, car il exige beaucoup d'habileté de la part du praticien, et peut produire des plaques d'alopécie irrémédiables sur lesquelles des papillomes ou des épithéliomes pourront venir ultérieurement se greffer. En tout cas, on commencera toujours par de faibles doses, après avoir soigneusement aseptisé la région.

Les cheveux commencent à tomber au bout de quinze à vingt jours et repoussent au bout de trois mois. Dans l'intervalle des épilations, quand on les pratique à la pince, on se sert de pommade ou biiodure, bichlorure ou acide salicylique, mais le meilleur topique est une solution d'iode métalloïde dans l'éther de pétrole : le véhicule favorise la pénétration et produit la révulsion.

On n'affirmera pas la guérison avant de

s'être assuré, par une série d'examens hebdomadaires, qu'il n'existe plus de spores.

E. Vogt.

Les prurits et leur traitement, par H. Robin (*La Méd. moderne*, 29 mai 1907). — Pour l'auteur, la plupart des prurits sont dus à des dyspepsies de fermentation, car, dans la sueur des malades, dont l'hyperacidité est remarquable, on retrouve une quantité élevée d'acide lactique et quelquefois butyrique, produits semblables à ceux fabriqués dans l'estomac lui-même.

On commencera donc par régler le régime de ces malades, en excluant les poissons, à moins qu'ils ne soient très frais, les sauces, les graisses, les fritures, la charcuterie, les pâtisseries, les fruits crus, le vin, etc. En outre, on stimulera les fonctions gastriques par les amers, par exemple le sulfate de strychnine à 1/10000, dont on donnera une cuillerée à soupe 5 à 10 minutes avant le repas. Après ce dernier on fera prendre une des poudres suivantes:

Hydrate de magnésie.....	ââ 4 gr.
Carbonate de soude.....	
Carbonate de chaux précipité	6 gr.

Diviser en 12 paquets.

Comme antiseptique, le fluorure d'ammonium, dont on donne au milieu du repas une cuillerée à soupe de la solution:

Fluorure d'ammonium.....	0 gr. 20
Eau dist.....	300 gr.

On peut prescrire aussi l'iodure double de bismuth, et de cinchonidine 0,02 à 0,05 gr. ou le soufre iodé en cachets de 0 gr. 10, au milieu du repas.

Pour protéger la peau, on fera une application d'une solution aqueuse de silicate de soude à 1 p. 100, puis de la poudre suivante:

Amidon.....	60 gr.
Oxyde de zinc.....	15 gr.
Camphre finement pulvérisé	2 gr.
Essence de verveine.....	III à IV gouttes

Quand il y a des lésions très marquées, des papules et de l'eczématisation, on commence, avant d'utiliser l'eau silicatée, à appliquer des compresses imbibées d'une solution de lait d'amande 250 gr., de sublimé, 0,10 à 0 gr. 20, et de chlorhydrate d'ammoniaque 0 gr. 25.

Pour les prurits anal et vulvaire, l'électricité, les rayons X ont paru donner de bons résultats.

E. Vogt.

Traitement du lupus tuberculeux (*Soc. fr. de derm. et syphiligraphie*, 16 mai 1907). — La question a été traitée à propos d'une présentation de Darbois, concernant une malade guérie d'un lupus de la joue par la radiothérapie et la photothérapie combinées. Cette dernière paraît nécessaire pour compléter la guérison commencée par la radiothérapie: elle détruit les télangiectasies si fréquentes après des séances radiothérapiques répétées. La durée du traitement est diminuée.

M. Leredde constate que la radiothérapie, si elle ne constitue pas une méthode curative régulière du lupus, est une excellente méthode adjuvante, préliminaire ou consécutive. Quand on l'emploie avant la photothérapie, il faut s'efforcer de ne pas amener une sclérose trop intense qui empêcherait l'action de celle-ci.

M. Danlos estime qu'on ne peut recourir au radium pour les grands lupus: les rayons X guérissent mal le lupus vrai, alors qu'ils constituent le traitement par excellence des formes appelées autrefois scrofulides crustacées ulcéreuses.

Pour de Beurmann, la photothérapie a de grands avantages: elle est indolore, donne des cicatrices souples: l'auteur, pour accélérer la guérison, associe dans certains cas les anciennes méthodes à la photothérapie (désinfection, permanganate de potasse, ectogan, scarification, etc.).

Dans les cas où la guérison par le Finsen tarde à se faire, il faut rechercher s'il n'existe pas un foyer caché dans les fosses nasales.

M. Gastou constate que, à la clinique de la Faculté, la photothéraphie a donné 25 p. 100 de guérisons, la radiothérapie 30 p. 100: en outre, cette dernière agit plus rapidement. En associant les deux traitements, on rend plus active la radiothérapie donnée à des doses plus faibles, et on évite ainsi les radiodermites et scléroses consécutives.

M. Moty recommande les injections de naphtol camphré; on fait 15 à 30 piqûres par séance sous l'épiderme, en injectant environ un quart de goutte par piqûre: on obtient en quelques séances la guérison dans les cas légers, et en quelques mois en cas de surface malade étendue.

E. Vogt.

Résultats obtenus avec les nouvelles méthodes de traitement du lupus vulgaire:

indications de chacune d'elles, par Blaschko (*Dermat. Zeitschrift*, XIV, 1907). — L'*extirpation totale*, perfectionnée par Lang, convient aux petits foyers, à condition qu'ils ne siègent pas sur les paupières, les oreilles, le nez, les muqueuses. Le *traitement par l'air chaud* attaque les tissus malades d'une façon bien plus intense que les tissus sains, mais le procédé provoque de violentes douleurs et exige presque toujours une narcose générale. Les indications sont : lupus en surface des extrémités, lupus tumidus de l'oreille externe, lupus des muqueuses.

La *photothérapie*, remarquable au point de vue du résultat curatif et cosmétique, présente malheureusement des indications restreintes. La durée du traitement est extrême ; on ne peut aisément l'appliquer aux lupus des oreilles, des paupières, du nez, des muqueuses. La lampe au mercure (Kromayer) finira peut-être par être préférée.

Les *rayons de Roentgen* n'exercent pas une action aussi limitée aux points malades que la photothérapie, mais ils sont plus énergiques : malheureusement, les effets sont irréguliers, dangereux parfois, et il reste presque toujours des nodules non détruits qu'il faut attaquer par d'autres méthodes. C'est surtout un traitement à faire intervenir en l'associant à d'autres.

Le *radium* devra surtout être utilisé pour détruire les foyers isolés restés actifs après emploi d'une autre médication ; grâce à lui, on préviendra les récidives qui partent souvent de ces foyers.

On a tort aujourd'hui d'abandonner les *topiques médicamenteux*, car leur maniement est accessible à tous et ils donnent souvent d'excellents résultats. En premier lieu, il faut citer l'acide pyrogallique, que l'auteur utilise souvent, après avoir frictionné la partie à traiter avec de la lessive de potasse. On arrive par ce procédé à provoquer une telle régression, que les nodules qui restent sont aisément détruits, dans la plupart des cas, par une autre méthode ou une nouvelle série d'applications d'acide pyrogallique.

Quand on se trouve en présence de foyers superficiels, petits et isolés, on peut, chez des malades très sensibles, faire des badigeonnages répétés d'acide phénique liquide.

Comme *médication interne*, l'auteur a observé quelques bons effets avec la tuberculine.

En résumé, le lupus n'est plus aujourd'hui la maladie incurable de jadis, et les malades viennent de bonne heure se soumettre aux traitements locaux : on ne voit donc plus, au moins dans les grands centres, les cas désespérés si fréquents il y a peu d'années encore.

E. Vogt.

Leucoplasie linguale, traitement mercuriel, guérison rapide, par A. Hérry (*La Revue médicale de Normandie*, 25 mai 1907). — Une leucoplasie très gênante s'était développée depuis deux ans sur la langue d'un individu de trente-deux ans. On ne trouva pas de syphilis dans les antécédents. Marié, ayant plusieurs enfants, sa santé avait toujours été bonne et sa femme n'avait jamais eu de fausses couches. Malgré ces renseignements négatifs, l'auteur fit des injections d'huile grise et prescrivit des soins minutieux de la bouche et des dents, des lavages avec de l'eau de Saint-Christau et un verre à Bordeaux d'eau de Challes tous les matins. L'amélioration survenant, le médecin ordinaire fit faire des frictions avec de l'onguent gris. Le malade se considéra bientôt comme guéri, car il ne souffrait plus et il ne restait plus que de petites bandes opalines insignifiantes à la pointe de la langue.

L'observation est intéressante parce qu'il est assez rare que la médication mercurielle soit suivie d'un succès aussi complet et aussi rapide et parce qu'elle montre aussi que la guérison peut avoir lieu par le seul emploi des mercuriaux, sans recourir à l'iodure de potassium et sans traitement local actif, tel que attouchement de fissures au nitrate d'argent.

L. Jumon.

Recherches sur l'effet de l'atoxyl dans la syphilis, par Uhlenruh, Hoffmann et Roscher (*Deutsche med. Wochenschrift*, 30 mai 1907), — Les auteurs ont commencé par faire des expériences sur des singes, et ont pu constater que l'atoxyl empêchait le développement de la syphilis chez les animaux inoculés : ils ont pu reconnaître en outre que si l'on continue les injections pendant un certain temps, la santé des sujets est fortement influencée.

Après ces premiers essais, ils injectèrent à des sujets syphilitiques des doses de 0,10 à 0,20 grammes qui ne donnèrent aucun résultat. A ce moment, la communication

de SALMON à la Société de Biologie les engagea à administrer des doses notablement plus élevées, et ils choisirent, dans le service du professeur Lesser, 11 malades présentant des syphilis réfractaires au traitement classique ou des lésions très marquées.

Le premier cas est intéressant parce qu'il fut au début soumis à des injections à faibles doses qui restèrent inefficaces : dès qu'on adopta les doses de 0 gr. 50, la guérison fut rapidement obtenue. Il s'agissait d'une syphilis au début. Dans un autre cas de syphilis datant de neuf mois, réfractaire au traitement hydrargyrique, il suffit de 9 injections pour provoquer la régression de nombreuses syphilides ulcéreuses. Dans un 3e cas, des badigeonnages locaux d'atoxyl à 10 p. 100 provoquèrent une épidermisation rapide d'ulcérations végétantes ; ces dernières guérirent plus vite que d'autres ulcérations non localement traitées. On faisait concurremment des injections d'atoxyl. Ces dernières furent, sauf dans un cas, où l'on choisit la voie hypodermique, faites dans les muscles de la fesse. Elles sont d'ailleurs indolores et ne provoquent aucune réaction locale.

Les auteurs n'approuvent pas toutefois les conclusions de Salmon, concernant l'innocuité absolue de la médication. Dans 6 cas sur 11, ils enregistrèrent des accidents (coliques, anorexie, insomnie, albuminurie dans un cas). L'albuminurie était nettement en corrélation avec le traitement, puisqu'elle reparut quand, plus tard, on essaya à nouveau d'injecter de l'atoxyl.

En résumé, le médicament nouveau est un antisyphilitique vrai, agissant surtout au début et dans les cas d'ulcérations précoces. Les plaques muqueuses sont plus rapidement influencées par le traitement classique.

E. VOGT.

Tuberculose pulmonaire chez un syphilitique, par H. HAMANT (*La Normandie médicale*, 1er mai 1907). — L'auteur relate la très intéressante observation d'un syphilitique sur la lésion pulmonaire spécifique duquel est venue se greffer une tuberculose pulmonaire. Il en est résulté une lésion complexe pour l'amélioration de laquelle le traitement mixte, mercure et iodure de potassium, a donné des résultats excellents et rapides. En présence de symptômes cardio-pulmonaires inquiétants, l'auteur a prescrit les pilules suivantes :

Biiodure de mercure Iodure de potassium	ãã 0 gr. 40.
Poudre de guimauve.	1 gramme.
Mucilage.....	q. s.

F. s. a. 32 pilules toluinées.

Le malade prit une de ces pilules par jour, au bout de quatre jours deux pilules, et après quatre autres jours trois pilules. Les symptômes s'amendèrent au bout de très peu de temps. Lorsque cette médication fut terminée, un spécialiste consulté pour les lésions laryngées conseilla les injections d'huile grise; celles-ci n'amenèrent pas un meilleur résultat, mais en revanche déterminèrent une stomatite. Le traitement fut donc suspendu pendant un certain temps, puis repris sous la forme des pilules indiquées. L'amélioration fit alors des progrès rapides et l'état pulmonaire s'est foncièrement modifié. Les lésions tuberculeuses sont très réduites. Ce cas montre que pour combattre les accidents tertiaires il n'est pas toujours nécessaire d'administrer de l'iodure de potassium à hautes doses, et que de très petites doses de médicament peuvent donner d'excellents résultats, au moins dans certains cas. Il montre aussi qu'on peut sans danger donner de l'iodure de potassium à des tuberculeux lorsque la tuberculose est postérieure à la syphilis, tout en surveillant ses effets.

L. JUMON.

Maladies des voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Traitement local et interne de la blennorragie par le Pr NEISSER (*Med. Klinik*, n° 14, 1907). L'auteur estime que malgré tous les perfectionnements introduits dans ces derniers temps dans le traitement de la blennorragie, il faut continuer à recommander les injections urétrales classiques. Un nombre de malades négligent, pour diverses raisons, de se faire soigner régulièrement par la méthode de Janet, par exemple, que Neisser applique dès qu'il le peut : comme médicament, il préfère l'oxycyanure d'hydrargyre de 1/8000 à 1/4000.

Les injections urétrales donnent surtout des résultats quand le malade n'est pas obligé de se livrer à de longues marches. Il faut bien s'assurer que le malade exécute

exactement les prescriptions concernant l'injection, et ne pas faire garder plus de 10 à 15 minutes le liquide dans l'urètre, pour éviter une parésie du sphincter suivie d'un envahissement de la partie postérieure par le gonocoque.

La seringue aura une capacité de 12 à 15 cc., et la solution à injecter se composera, une fois par jour, d'une solution aqueuse d'antipyrine à 5 p. 100 contenant 3 p. 100 de protargol, et 3 fois par jour d'une solution à 3 p. 100 contenant 1/4 p. 100 de protargol. Le liquide sera gardé 10 à 15 minutes.

Si ces solutions produisent des effets irritants, on changera la prescription, car l'irritation a pour effet un œdème séreux de la muqueuse qui favorise le développement des gonocoques. Les solutions astringentes, ou encore le nitrate d'argent à 1/4000, seront alors recommandées.

Le traitement doit être institué de suite, même au cours de la période aiguë, car l'antipyrine exerce une action analgésique marquée.

L'emploi des balsamiques à l'intérieur est indiqué car ces médicaments diminuent la sécrétion qui a une tendance à augmenter sous l'influence des sels d'argent. En outre, ces produits, et surtout le gonosan, diminuent l'irritabilité urétro-cystique ; ils n'agissent pas, en revanche, sur le gonocoque, et ne sauraient constituer, à eux seuls, un traitement de la blennorragie.

E. Vogt.

Du priapisme prolongé, par Terrier et Dujarier (*Revue de chirurgie*, 10 mai 1907). — Le priapisme est une érection ne s'accompagnant ni de désir sexuel ni d'éjaculation, souvent douloureuse : il est passager ou continu. Il apparaît le plus souvent spontanément le matin ou bien à la suite d'efforts de défécation ou d'excès de coït. L'érection est presque toujours limitée aux corps caverneux, le gland et le corps spongieux sont indemnes ou moins érigés; le prépuce est quelquefois œdématié et rétracté, formant un paraphimosis. La miction peut être rendue difficile et même impossible, on est alors obligé de sonder le malade. La guérison spontanée est la règle; on a signalé des cas de mort chez des leucémiques ou des phlébitiques. Il n'est pas rare d'observer de l'impuissance dans la suite.

Les causes du priapisme sont multiples. Il peut avoir une origine nerveuse (fracture de la colonne cervicale, lésions syphilitiques cérébro-médullaires, etc.), une origine traumatique (chute ou coup sur le périnée, surdistension de la vessie), une origine infectieuse (blennorragie, chancres, polypes urétraux, penitis, cavernitis, thromboses tuberculeuses ou syphilitiques, goutte), une origine leucémique (16 observations de priapisme chez des leucémiques sur 48 cas); enfin dans un bon nombre de cas l'origine est inconnue: peut-être s'agit-il souvent de leucémies frustes.

Des trois théories pathogéniques (nerveuse, thrombose, hématome), c'est à la théorie de l'hématome que se rattachent les auteurs.

Lorsque les moyens médicaux ont échoué (chloral, bromure, morphine, hydrothérapie), il faut intervenir par une double incision latérale, de 2 centimètres environ, de la peau et de la tunique fibreuse; on vide le sang des corps caverneux par expression et on referme par une suture soignée de la tunique fibreuse pour éviter autant que possible l'hématome consécutif.

M. Deschamps.

La colique spermatique : son traitement, par F. Monod (*J. de méd. et de chir. de Montréal*, 13 avril 1907). — La colique spermatique se présente sous trois degrés : le premier se manifeste par des crises subites d'urine chez un sujet ayant cessé tout coït depuis deux ans. Dans le second degré, les éjaculations spontanées restent sans effet sur la fréquence des mictions, qui sont douloureuses; les éjaculations peuvent même être sanguinolentes ; enfin dans le troisième degré le malade souffre en urinant, a des troubles généraux et des urétrorragies. La prostate est normale, mais les vésicules séminales sont gonflées, dures, douloureuses. La continence parfois, la blennorragie souvent est la cause de ces troubles. Le diagnostic se fait par l'examen local et par voie d'exclusion; on songera surtout à la tuberculose, aux calculs urinaires et à la cystite.

Le traitement variera suivant les cas.

Au début, le rétablissement régulier de la vie génitale, si c'est possible, suffira pour amener la guérison. S'il s'agit d'un adolescent non marié ou d'un homme voué au célibat, on recherchera s'il n'existe pas

une cause de spasme urétral, méat trop étroit, prépuce trop serré, que l'on opérerait de suite. Les grands lavements rectaux évacuateurs, suivis d'un lavement opiacé, ou d'un suppositoire à l'opium, le régime lacté, les eaux minérales seront recommandées, afin de chercher à atténuer toute cause d'irritation locale ou générale de la région profonde de l'urètre. Quand toute cause de spasme urétral, s'il y en a, aura été combattue et si le régime sexuel ne peut être recommandé, une injection profonde de nitrate d'argent en solution étendue à 1 ou 2 pour 100 peut amener une amélioration en facilitant l'excrétion des produits et en réveillant la contractilité des vésicules.

On pratiquera utilement le massage de la prostate avec ou sans dilatation de l'urètre profond par l'introduction d'une sonde en gomme.

L. Jumon.

Rayons X et glandes génitales, par Ancel et Bouin (*Presse médicale*, 10 avril 1907). — L'action des rayons X sur les glandes génitales diffère suivant qu'elle s'exerce sur le testicule ou sur l'ovaire.

Dans les testicules ils détruisent les cellules spermatogénétiques, mais ils respectent la glande interstitielle à sécrétion interne : leur action est nulle sur le stroma : d'où il résulte que la sécrétion externe est seule supprimée, mais que la virilité est conservée puisque la sécrétion interne est conservée. Il existe des observations nombreuses de radiographes qui sont devenus inféconds mais qui ont conservé leur activité génitale.

La sécrétion interne de l'ovaire dépend du corps jaune; or le corps jaune est un élément de transition; il se forme aux dépens du follicule de Graaf après sa rupture; le follicule de Graaf étant détruit par les rayons X, on comprend que l'action de ceux-ci ait ici des conséquences tout à fait différentes, il n'y a plus de sécrétion interne, et les sujets rœtgenisés présentent alors tous les signes qui suivent la castration, perte de la sensibilité génitale, disparition du rut chez les animaux, atrophie du clitoris et des mamelons, etc.

M. Deschamps.

Note sur les indications de l'adrénaline dans la rétention d'urine des prostatiques, par Sarradon (*L'Echo méd. des Cévennes*, avril 1907). — Comme, à la suite d'une rétention d'urine chez un prostatique, il fallut, après avoir fait des cathétérismes assez fréquents, mettre une sonde à demeure, l'auteur eut l'idée, pour faire cesser la congestion, d'instiller XV gouttes d'une solution d'adrénaline à 1/5000 et de répéter l'instillation deux heures après la miction qui fut naturelle. Depuis ce moment, le patient n'eut plus besoin d'être sondé. Faut-il maintenant utiliser l'adrénaline en pratique urinaire chaque fois qu'une sonde ne pourra pénétrer dans la vessie ? Il faut choisir les cas, dit l'auteur, car, comme tout vaso-constricteur, l'adrénaline voit ses effets primitifs suivis de vaso-dilatation secondaire parfois dangereuse. Dans le cas cité, la congestion secondaire était certainement moindre que celle qu'il fallait combattre comme causant la rétention.

Cependant, l'adrénaline présente des dangers plus sérieux en ce que la vaso-dilatation tardive peut occasionner parfois des urétrorragies abondantes. Dans un cas de rétrécissement de l'urètre ayant déterminé une rétention d'urine, le professeur Jeanbrau vit se produire une urétrorrhagie abondante à la suite d'une instillation de III gouttes de la solution d'adrénaline à 1/1000 dans l'urètre. Pour éviter ces ennuis, il faut employer des doses extrêmement faibles chez les urinaires qui ont une plaie ou à qui on risque de faire une éraillure, une petite fausse route dans l'urètre. Chez les prostatiques qui ne saignent pas, les inconvénients de l'adrénaline sont moins sérieux et l'on peut éviter l'absorption du médicament. On peut d'ailleurs faire un lavage de l'urètre avec de l'eau boriquée pour enlever l'excédent d'adrénaline. En résumé, celle-ci s'adresse aux obstacles d'origine congestive.

L. Jumon.

Pharmacologie.

Dr E. Vogt,
Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Indications de l'opium dans les maladies aiguës, par Ralph Stockman (*The Practitioner*, mai 1907). — En établissant les indications de l'opium il ne faut pas oublier que son emploi n'a qu'une valeur symptomatique et palliative, plutôt que curative. Mais ses effets sont de la plus grande importance

en procurant au malade les bénéfices du sommeil, de l'absence de douleur et du repos corporel et mental. Aucun autre médicament ne remplit mieux que l'opium ces indications. Si en pratique la morphine peut remplacer l'opium, celui-ci est cependant préféré dans beaucoup de circonstances, surtout quand il faut agir sur les voies digestives. A un point de vue général, l'opium dans les maladies aiguës est surtout employé pour supprimer la douleur, l'insomnie, pour diminuer le spasme des muscles involontaires, pour combattre certaines formes de dyspnées et diminuer les sécrétions des muqueuses digestive et respiratoire.

Dans la pneumonie, l'injection de morphine est indiquée si le point de côté résiste aux autres médications, elle est ensuite indiquée s'il y a de l'insomnie et de l'excitation. Il faut remarquer ici que l'opium et la morphine n'ont pas d'action dépressive sur le cœur, si les doses sont raisonnables. La seule contre-indication réside dans l'insuffisance d'hématose résultant de l'hépatisation étendue ou de la bronchite, la morphine ne pouvant ici que diminuer l'activité respiratoire. Dans l'insomnie de la fièvre typhoïde ou d'autres fièvres aiguës, on peut donner de l'opium, pourvu qu'il n'y ait ni œdème pulmonaire, ni néphrite.

Dans le shock, la douleur intense et les troubles psychiques, qui suivent, par exemple, les brûlures, les traumatismes graves et les poisons corrosifs, la morphine soulage les souffrances et diminue l'excitation nerveuse. L'effet sédatif est analogue dans l'hémoptysie, l'hématémèse et les hémorragies intestinales.

Dans la péritonite aiguë, l'opium ou la morphine ne diminue pas seulement la douleur, mais assure le repos aux régions enflammées. On a objecté que l'opium masque les symptômes en cas de perforation, mais cet inconvénient n'existe pas si on opère. Il en est de même dans l'appendicite, si on se guide pour opérer sur la leucocytose, la température, le pouls et l'état général.

Si dans les cas de bronchite les sécrétions sont abondantes, il est préférable d'éviter de donner de l'opium, il vaut mieux favoriser l'expectoration.

Dans la colique saturnine, la morphine fait cesser le spasme intestinal et permet aux purgatifs d'agir d'une façon satisfaisante. L'opium peut aider à la réduction dans les hernies étranglées.

La morphine doit être regardée comme dangereuse dans la dyspnée pulmonaire, la pneumonie avec hépatisation étendue, la bronchite avec sécrétion excessive, dans l'œdème pulmonaire et en général dans l'hydropisie cardiaque. Elle est utile dans la dyspnée au cours de lésions aortiques, de la dilatation cardiaque, dans l'asthme cardiaque et surtout l'asthme bronchique. Si l'opium est utile pour combattre la diarrhée, il ne faudra pas oublier de commencer, dans certains cas, par donner un purgatif.

L. Jumon.

Emploi local du sulfate de magnésie en solution dans l'inflammation, par H. Tucker (*The therapeutic Gazette*, mai 1907). — Sachant que le sulfate de magnésie en solution, employé en injection hypodermique, a des propriétés anesthésiques, l'auteur a recherché si cette même solution pouvait être employée pour calmer la douleur locale. Dans ses expériences, l'auteur a ainsi constaté que, non seulement on peut par ce moyen calmer la douleur, mais aussi combattre l'inflammation.

L'application est faite avec une solution saturée de sulfate de magnésie dans l'eau. Cette solution est appliquée à l'aide de 15 à 20 épaisseurs de gaze ordinaire, qu'on sature de la solution toutes les demi-heures ou aussi souvent qu'il est nécessaire pour prévenir la dessiccation. La gaze n'est enlevée qu'au bout de vingt-quatre heures. Les régions sont alors lavées avec de l'eau et le pansement est appliqué de nouveau, si besoin est. On trouve alors que la région d'application est blanche, mais sans qu'il se soit produit d'effets nuisibles.

L'action calmante et antiphlogistique a été constatée par l'auteur dans l'orchite des oreillons, l'épididymite blennorragique dans une quinzaine de cas, dans certaines arthrites, le rhumatisme blennorragique, le rhumatisme articulaire, la névrite alcoolique et traumatique, dans deux cas d'érysipèle de la face, qui disparurent en deux ou trois jours, tandis que la douleur était calmée au bout de quelques heures. Dans tous ces cas, les phénomènes inflammatoires et la douleur se sont dissipés plus rapidement qu'avec un autre traitement. Certains malades ont continué à se livrer à leurs occupations. Dans la plupart des cas il n'a pas été fait d'autre traitement.

L. Jumon.

Le thymol comme anthelminthique, d'après M. GUIART (*Journal de médecine de Paris*, n° 18, Dimanche, 5 mai 1907, p. 168). — M. Guiart recommande l'emploi du thymol contre l'ankylostome, le trichocéphale, l'ascaride et l'oxyure.

Il le donne de la manière suivante :

Pendant trois jours consécutifs prendre, le matin à jeun, à une heure d'intervalle, 2 ou 3 cachets contenant chacun 1 gramme de thymol pulvérisé. Boire, après chaque prise, un peu d'eau.

S'il ne s'est pas produit d'évacuation, prendre, cinq heures après le dernier cachet, un léger purgatif salin.

PIERRE SÉE.

La préparation idéale de kola, par CARLE (*Répertoire de pharmacie*, 10 mai 1907). — L'auteur se contente de broyer intimement des noix de kola fraîches avec leur poids environ de sucre blanc sec en pain : on conserve dans des pots de confiture en verre. Un mélange de ce genre, préparé il y a sept ans, présente aujourd'hui encore toutes les réactions exigées d'une préparation de kola fraîche. E. VOGT.

Pilules de colchicine contre la goutte, par M. HOUDÉ (*Journal de méd. de Paris*, n° 19, 12 mai 1907, p. 178).

Colchicine cristallisée..	60 milligrammes
Lactose.....	4 grammes
Gomme arabique..... } âà	1 gramme
Sucre pulvérisé..... }	

A diviser en 60 pilules argentées.

PIERRE SÉE.

Gangrène consécutive à l'absorption d'un cachet de calomel, par MM. LEMOINE et GAUDRON (*Province médicale*, 18 mars 1907). — Une personne, pour se purger, prend un cachet de calomel qui crève dans le pharynx et provoque ainsi une quinte de toux. Le lendemain, troubles de la déglutition pour les solides. A l'examen, on trouve dans le pharynx une plaque de sphacèle qui met trois semaines à s'éliminer et à guérir. Cette observation montre que le calomel n'est pas sans présenter certains dangers, tout au moins chez quelques personnes, douées, à ce sujet, d'une idiosyncrasie pour cet agent médicamenteux. L'idiosyncrasie, en effet, peut seule expliquer la production d'une escharre par le calomel.

L'administration du calomel en cachets constitue presque une erreur thérapeutique ; il faut le prescrire seulement en paquets, associé à du sucre de lait et prendre dans du lait de préférence. Un spasme pharyngé qui se produisit après la guérison et qui gênait l'alimentation, était de nature hystérique et disparut sous l'influence d'une application de collodion fuchsiné à la face antérieure du cou, traitement purement suggestif.

L. JUMON.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

L'assistance par le travail pour les veuves et orphelines de médecins. — L'Association générale des médecins de France, estimant que, pour assister efficacement les veuves et orphelines valides laissées dans le besoin ou dans la gêne par ses sociétaires, il y a lieu de leur procurer du travail et des situations en rapport avec leurs aptitudes, plutôt que de leur donner des secours continus, trop souvent insuffisants et inefficaces, a, dans son Assemblée générale du 14 avril 1907, décidé, conformément aux conclusions du rapport présenté par M. le Dr Bouloumié, au nom de sa commission spéciale d'assistance, d'organiser un double service d'*Assistance par le travail* et de *placement*.

De plus, le désir a été manifesté que l'organisation de ces services, tels qu'ils ont été prévus pour la Société centrale, soit étendue à la France entière avec le concours des Sociétés unies, afin que partout les protégées de l'Association générale puissent en bénéficier. Le but poursuivi est le *placement*, qui assure aux assistées une situation stable. Mais la recherche d'un emploi à la convenance de chacune d'elles demande parfois un temps bien long ; l'*Assistance par le travail*, immédiatement offerte, donnera le moyen de l'attendre et le facilitera.

Pour réaliser l'un et l'autre, la Société centrale a nommé une *Commission spéciale d'Assistance*, qui délègue ses pouvoirs, en ce qui con-

cerne les relations avec les assistées, à un *Comité de dames*. Elle a ouvert, dans les bureaux de son secrétariat, un registre d'*offres et demandes d'emplois*, exclusivement en vue des protégées du corps médical, et s'est assuré le concours, d'une part, du *Syndicat de la Presse médicale*, pour faire donner à ces offres et demandes toute la publicité nccessaire, d'autre part, des *Œuvres d'assistance par le travail* pour qu'un travail en rapport avec les aptitudes et les besoins de chaque assistée puisse lui être immédiatement procuré.

La création de ce nouveau service ne saurait manquer d'avoir l'approbation du corps médical tout entier, qui n'ignore pas à quelles difficultés on se heurte quand il s'agit de soulager efficacement une infortune qui doit durer autant que la vie et combien est grand le nombre de familles médicales qui, après la mort de leur chef, vivant dans la gêne et l'appréhension du lendemain, ne veulent pas solliciter un secours, mais seraient heureuses de trouver le moyen d'améliorer leur situation.

Le 9e voyage d'études médicales aura lieu du 31 août au 13 septembre 1907.

Il comprendra les stations de l'Est et du Jura : Sermaize, Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne-les-Bains, Luxeuil, Bains-les-Bains, Plombières, Gérardmer, La Schlucht, Bussang, Le Ballon d'Alsace, Besançon-Mouillère, Salins, Lons-le-Saunier, La Faucille, Divonne.

Le V. E. M. de 1907 — comme les huit précédents — est placé sous la direction scientifique du Dr Landouzy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre de son lieu de résidence au point de concentration, Reims (Cie de l'Est).

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée à la fin de la tournée, au point de dislocation : Divonne, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Reims à Divonne, prix à forfait : 300 francs, pour tous frais : chemin de fer, voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires. — Les parcours en chemin de fer se feront en 1re classe et par train spécial.

Onze bourses de voyage sont données au V. E. M. de 1907 par : le professeur Henrot — les Administrations minérales des Eaux minérales de : Châtel-Guyon, Evaux-les-Bains, Evian, Mont-Dore, Plombières, Pougues, Royat, Vichy — le Conseil municipal des Eaux-Bonnes — la Compagnie générale des Eaux Minérales et Bains de Mer.

Elles sont attribuées par leurs fondateurs à : 1° un médecin anglais ; 2° un médecin, membre du Concours médical et de l'Association générale des médecins de France ; 3° un interne des hôpitaux de Belgique ; 4° deux internes des hôpitaux de Paris ; 5° un interne des hôpitaux de Reims ; 6° un étudiant de chacune des Facultés de Bordeaux, Lille, Paris, Toulouse.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au Dr Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe).

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août 1907, terme de rigueur.

BIBLIOGRAPHIE

Scènes medicales : 1re *série*. — Les professeurs de clinique de la Faculté de médecine de Paris, par le Dr Pierre Maurel. Un vol. in-8° jésus de 104 pages. Prix, 2 fr., Paris, G. Steinheil, 1907.

Plaquette très intéressante, parue avec cette dédicace : « Pour mes amis qui m'ont demandé de réunir ces silhouettes professorales, loisirs d'hiver d'aquatique ! » Loisirs bien employés. Dans une suite d'esquisses très fines, d'une forme très littéraire, l'auteur prend sur le vif quelques-uns de « nos Maîtres » de Paris, avec leurs gestes habituels, leur mode d'enseignement, etc. Le sous-titre « Scènes médicales, 1re série » nous promet bientôt « nos Maîtres » de Province.

Le délit pénal de contamination intersexuelle, par Louis Fiaux, ancien membre du conseil municipal de Paris, 1 vol. in-18, 3 fr. 50, (Félix Alcan, éditeur.

Ce petit volume paraît à point, au moment où le ministre de l'Intérieur vient de déposer sur le bureau de la Chambre le projet de loi élaboré par la Commission extra-parlementaire du régime des mœurs qui supprime le système d'exception figuré en matières d'ordre et d'hygiène pour instituer le *Régime de la loi*. L'auteur, dans ces 260 pages exclusivement consacrées à l'étude du problème d'hygiène publique et de médecine juridique soulevé en cas de morbidité communiquée, s'est placé au point de vue des réparations civiles que la jurisprudence sanctionne déjà et des réparations pénales qu'il veut voir inscrire au Code. Cette dernière solution est précisément celle qui a été adoptée par la Commission extra-parlementaire. L'auteur l'étaie de nombreuses espèces empruntées à des procès récents et aux cas fournis par une littérature juridique et médicale abondante.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Monument Théophile Roussel. — Sous la présidence de M. Fallières, le monument élevé à Théophile Roussel a été inauguré mercredi dernier, 5 juin, à l'angle de l'avenue de l'Observatoire et de la rue Denfert-Rochereau. Cet endroit a été bien choisi pour élever une statue à l'homme qui a consacré son existence aux enfants assistés.

MM. Dubost, Lampué, de Selves, Monestier et Viviani ont retracé la vie de M. Théophile Roussel.

M. Viviani a su particulièrement faire ressortir la beauté de cette vie :

« Par ce noble labeur, furent enfantées toutes les lois que ce grand homme de bien nous a léguées. Leur histoire n'est plus à faire : depuis les enfants matériellement protégés, moralement sauvés, jusqu'aux victimes de l'alcoolisme, qu'il a soustraites à cette déchéance, c'est la famille française fortifiée et épurée, des milliers d'êtres restitués enfin à la patrie, à la race, à l'humanité !

« De cette noble et simple vie, il ne nous reste qu'à retenir les leçons. Apprenons, Messieurs, de ce grand honnête homme, la ténacité de l'esprit et que les œuvres éclatantes sont vaines si elles ne sont pas durables ! Apprenons de lui la hauteur de l'esprit et que, dans la vie publique surtout, si l'éloquence est une parure, la conscience seule est une force... ! Apprenons de lui la sérénité de l'esprit est que l'exemple de ce robuste semeur, qui vingt fois recommença son sillon sous les orages, nous rappelle à la maîtrise de nous-mêmes au milieu des passions sociales, en nous enseignant que le meilleur moyen de désarmer la violence, c'est d'alléger la misère. »

M. Dubost a également montré le profit que la politique pourrait tirer des médecins sociologues : « Il nous reste encore, a-t-il dit, beaucoup de choses à faire, Messieurs ; pour cela, nous devons avoir recours aux hommes qui ont la foi, le cœur, la volonté, aux hommes semblables à Roussel. »

La fête s'est terminée par une distribution de récompenses aux enfants assistés. Disons que, grâce aux soins du Dr Bourrillon, son organisateur, elle a pleinement réussi.

Étaient présents : MM. Antonin Dubost, Henri Brisson, de Selves, Lépine, André Lefèvre, président du conseil municipal ; Ranson, président du conseil général ; Viviani, Loubet, Strauss, Steeg ; Mai, directeur des Enfants-Assistés ; Lampué, conseiller municipal ; Ribot, Laurent, le commandant Julian, Lanes, Henaffe, Trouillot, Mirman, Chaumié, Galli, le professeur Lancereaux, les docteurs Bouchard, Bourrillon, Mottet, Troisier, Pinard, Bourneville, Marcel Briand, président du patronage des Aliénés ; Jules Voisin, Ferdinand Dreyfus, Loys Bruère, président du conseil d'Assistance privée ; Monestier, président du conseil général de la Lozère, etc.

Les membres de la famille Roussel étaient représentés par M. et Mme Carbonnier et leur fille, gendre, fille et petite-fille du philanthrope ; MM. Théophile Bourrillon, receveur des finances, Henri Bourrillon et Aiguillon, ses neveux.

XVIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Genève et Lausanne, 1er-7 août 1907. — Programme.

Genève. Jeudi 1er août. — *Matin* : Séance d'inauguration. — *Après-midi* : 1er rapport, M. Gilbert-Ballet : L'expertise médico-légale et la question de responsabilité. Discussion. — *Soir* : Promenade en bateau et dîner sur le lac.

Vendredi 2 août. — *Matin* : Séance à l'Asile de Bel-Air. Communications diverses. — *Après-midi* : 2e rapport, M. Anteaume : Les psychoses périodiques. Discussion. Réunion du Comité permanent.

Samedi 3 août. — *Matin* : Communications diverses. Démonstrations anatomiques et projections. — *Après-midi* : Communications diverses. Réunion du Congrès en Assemblée générale.

Dimanche 4 août. — Pas de réunion officielle. Les congressistes iront à Divonne-les-

Bains (Ains), ou à Evian-les-Bains (Haute-Savoie), où des réceptions sont organisées par les établissements hydrothérapiques de ces stations.

Lausanne. Lundi 5 août. — *Matin* : Séance au Palais de Rumine. 3e rapport, MM. Claude et Schnyder : Nature et définition de l'hystérie. Discussion. — *Après-midi* : Asile de Cery-sur-Lausanne. Dernière séance. Communications diverses. Collation offerte par l'Asile. Départ pour Montreux-Territet.

Mardi 6 août. — Excursion à Glion, Caux, Rochers-de-Naye. Déjeuner à Caux. Dîner au Kursaal de Montreux.

Mercredi 7 août. — Excursion dans la Gruyère. Réception par l'Asile de Marsens (près Bulle).

Dislocation du Congrès.

Le Congrès comprend : 1° des membres adhérents (docteurs en médecine) ; 2° des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine, présentés par un membre adhérent).

Les Asiles qui s'inscrivent au Congrès figurent parmi les membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de ; 20 francs pour les membres adhérents ; 10 francs pour les membres associés.

Prière d'adresser sans retard à M. le Dr Long, secrétaire général du Congrès, 6, rue Constantin, Genève :

1° Les adhésions et le montant des cotisations ;

2° Les titres et résumés des communications.

Un programme plus détaillé avec des indications pour les hôtels, excursions, etc., sera envoyé à la fin de juin aux adhérents déjà inscrits et aux médecins qui en feront la demande.

Les membres adhérents et associés inscrits recevront en même temps un formulaire à remplir pour les demandes de billets de réduction sur les chemins de fer français (réduction 50 p. 100, durée : 25 juillet 15 août). Ce formulaire, avec l'indication du trajet à parcourir jusqu'à Genève (gare du P.-L.-M.), devra revenir au Secrétariat général avant le 10 juillet.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

EN COURS DE PUBLICATION

MANUEL D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

PAR

V. CORNIL
Professeur à la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine.

ET

L. RANVIER
Professeur au Collège de France
Membre de l'Institut et de l'Acad. de médecine.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

A. BRAULT
Médecin de l'hôpital Lariboisière,
Chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Boucicaut.

TROISIÈME ÉDITION ENTIÈREMENT REFONDUE

Vient de paraître :

Tome III, par MM. Gombault, Nageotte, A. Riche, Durante, R. Marie, Fernand Bezançon, Legry. — *Système nerveux central (cerveau et moelle épinière. — Nerfs. — Cœur et vaisseaux. — Rate. — Ganglion lymphatique. — Larynx)*. 1 fort volume grand in-8° avec gravures en noir et en couleurs..... **35 fr.**

Précédemment publiés :

Tome I. par MM. Cornil, Ranvier, Brault, Fernand Bezançon, Maurice Cazin. *Généralités sur l'histologie normale. — Cellules et tissus normaux. — Généralités sur l'histologie pathologique. — Altérations des cellules et des tissus. — Des inflammations. — Des tumeurs. — Notions élémentaires sur les bactéries. — Lésions des os et des tissus cartilagineux. — Anatomie pathologique des articulations. — Des altérations du tissu conjonctif. — Lésions des membranes séreuses.* — 1 fort volume grand in-8°, avec 369 grav. en noir et en couleurs..... **25 fr.**

Tome II, par MM. Durante, Jolly, Dominici, Gombault et Philippe. — *Muscles. — Sang et hématopoièse. — Cerveau. — Moelle.* 1 fort volume grand in-8°, avec 202 gravures en noir et en couleurs ..... **25 fr.**

TRAVAUX ORIGINAUX

Les sérums et les métaux-ferments en thérapeutique oculaire (1),

Par le Dr A. Darier.

Vous savez avec quelle ardeur, au risque de passer pour un enthousiaste, je me suis toujours porté vers l'étude des *agents thérapeutiques nouveaux* qui m'ont paru présenter des avantages sérieux pour le praticien. Je ne vous rappellerai pas mes campagnes en faveur du *traitement chirurgical des granulations*, des *injections sous-conjonctivales*, des *sels organiques d'argent*, de la *dionine*, du *radium*, etc.

Aujourd'hui, les faits sont bien établis ; chacun peut se faire son opinion et profiter *de ce qu'il croit être un progrès*.

Les antiseptiques ont, depuis Lister, joué un rôle des plus importants et leur nombre, légion, se perd déjà dans la nuit des pharmacopées. Avant tout *c'est de l'asepsie qu'il nous faut*, c'est de la *prophylaxie*, et, si elle était possible, de la *vaccination* contre les infections que nous redoutons. *Jenner*, *Pasteur*, *Behring*, *Roux* nous ont *ouvert la voie* et, en oculistique, les travaux de *Roemer* nous ont montré tout le parti que l'on pouvait tirer de la sérothérapie dans le traitement *des ulcères infectieux* de la cornée, comme *von Hippel* et d'autres nous ont montré que la *tuberculine de Koch*, d'abord si décriée, peut donner des guérisons durables dans certaines tuberculoses oculaires.

Enfin *Crédé*, *Netter*, et surtout de nombreux médecins vétérinaires sont arrivés à enrayer des processus infectieux de la plus haute gravité par des injections intraveineuses *d'argent colloïdal*. *Trousseau*, *Leloutre*, *Baudoin* et moi-même avons obtenu des résultats identiques en ophtalmologie.

Vous le voyez, c'est *tout une thérapeutique nouvelle* des infections qui nous est offerte pour remplacer la plupart des *soi-disant antiseptiques* appliqués jusqu'ici, et c'est ma part modeste d'expérience, comme pionnier sur ce terrain nouveau, mais riche en promesses, que je viens vous présenter ici.

C'est par pur empirisme qu'il m'a été donné d'observer tout le parti que la thérapeutique peut tirer de l'emploi du sérum de Roux.

Je ne vous retiendrai pas sur les premiers travaux publiés sur le traitement

(1) Communication faite à la *Société Française d'ophtalmologie*, mai 1907.

de la diphtérie oculaire. Vous avez tous encore présente à la mémoire la parole si topique de notre collègue Coppez, nous faisant voir les pseudo-membranes conjonctivales fondant sous nos yeux comme la neige au soleil.

En 1899, j'ai moi-même cité un cas intéressant (1), surtout au point de vue de la fonte d'un infiltrat cornéen que je considérai, peut-être à tort, comme diphtérique, malgré l'absence de bacilles de Loeffler, simplement à cause de l'action spécifique remarquable du sérum de Roux. Dans ce cas l'infiltration cornéenne ne fondit pas, mais se détacha sur les bords, n'adhérant plus qu'au centre, puis tomba comme une escharre, laissant en dessous un tissu cornéen taillé en cupule avec périphérie transparente et centre leucomateux.

Depuis cette époque, toutes les fois que j'eus à soigner une conjonctivite ayant le moindre aspect pseudomembraneux, étant donnée l'innocuité si complète de la sérothérapie, je n'ai jamais hésité, en outre du traitement local, à pratiquer 2 ou 3 injections de sérum de Roux.

En 1903 un de mes confrères m'amena son bébé atteint d'ophtalmie purulente à streptocoques, avec les deux cornées prises. En présence des lésions graves, de l'aspect pseudo-membraneux des sécrétions, et de l'effet plutôt nuisible des sels d'argent, je fis en trois jours 3 injections de sérum de Roux et j'eus le bonheur de voir les ulcérations cornéennes régresser, se combler et ne laisser bientôt qu'un faible leucome.

A partir de ce jour, toutes les fois que j'eus l'occasion d'observer des ulcérations de la cornée, dans le cours d'ophtalmies purulentes, même à gonocoques, je me trouvai toujours très bien des injections de sérum.

C'est alors que *Roemer* publia ses premiers et si intéressants travaux sur l'application d'un *sérum antipneumococcique* dans le traitement des ulcères infectieux de la cornée. Ayant eu justement à ce moment 3 cas d'ulcères à hypopion à soigner et n'ayant pu me procurer du sérum de Roemer, je fis l'essai dans ces cas du *sérum antidiphtérique* et je dois dire que je ne fus pas surpris du tout du résultat favorable de ce traitement, combiné naturellement aux topiques antiseptiques ordinaires.

Ayant pu enfin me procurer du sérum antipneumococcique de Roemer, j'eus l'occasion de comparer son action dans trois autres ulcères infectieux de la cornée (2), et je dois à la vérité de dire que les résultats thérapeutiques furent identiques à ceux que m'avait donnés le sérum antidiphtérique.

J'entretins de ces faits un de nos confrères de l'Institut Pasteur : il ne parut pas trop étonné du fait et me conseilla de faire les mêmes essais avec du sérum antitétanique. Ce que je fis sans le vouloir, car le jour même ayant prescrit du sérum antidiphtérique je fus étonné une fois l'injection faite, de voir que le flacon portait sur l'étiquette : *sérum antitétanique*. Je gardai le malade en observation attentive sans remarquer rien d'anormal. Le résultat thérapeutique fut le même qu'avec le sérum de Roux.

(1) *La Clinique ophtalmologique*, 1899.

(2) Leçons de thérapeutique oculaire, 3e édition, 1907.

A la vérité, l'explication de ce fait peut se donner ainsi : quand on a immunisé activement un animal contre une toxine aussi violente que la *diphtériatoxine* ou la *tétanotoxine*, tous les éléments anatomiques de l'organisme se sont mis en état de défense, répandant en abondance dans le torrent circulatoire, chacun les anticorps ou les antitoxines, immunisines, qui leur sont particuliers, etc. Les éléments glandulaires : thyroïdes, surrénales, rate, foie, testicules, glandes lymphatiques, etc., aussi bien que les tissus nerveux, musculaire, osseux, etc., sont tous en état d'hyperactivité organique : et l'on conçoit facilement que le sérum d'un tel animal sera d'une richesse considérable en éléments de défense de toutes sortes qui, injectés chez un individu atteint d'une maladie infectieuse quelconque, lui aideront à venir à bout de cette infection.

C'est en raisonnant ainsi que j'eus l'idée d'appliquer cette sérothérapie dans un cas d'*infection endogène* (?) survenue chez une femme cacochyme âgée de 72 ans, à la suite d'une opération de cataracte très correcte et sans aucune infection de la plaie.

Après trois injections de 10 cc. de sérum de Roux, l'hypopion disparut de la chambre antérieure, l'état général s'améliora notablement; les douleurs orbitaires disparurent.

Dans un cas d'iridochoroïdite, suite de plaie pénétrante de la région ciliaire, je pus observer également une action des plus favorables sur l'évolution du processus infectieux, amélioration de l'état général, cessation plus ou moins complète des douleurs, amélioration de l'état local (la pupille se dilate mieux sous l'atropine, etc.).

Depuis, de nouveaux faits sont venus me démontrer l'action réellement efficace de cette sérothérapie; aussi, aujourd'hui, je n'hésite pas, en présence d'un ulcère à hypopion, d'une infection intra oculaire traumatique ou opératoire, à pratiquer 3 ou 4 injections hypodermiques de sérum de Roux sans pour cela négliger en rien le traitement local, cherchant à faire alterner les diverses interventions thérapeutiques et à les graduer suivant la violence du processus infectieux.

Rogmann avait proposé comme prophylaxie des complications post-opératoires, dans les cas où elles étaient à redouter, de pratiquer des injections de sérum antipneumococcique et antistreptococcique.

Sans prétendre à une action prophylactique certaine de la sérothérapie antidiphtérique contre les infections post-opératoires, je ne saurais trop recommander ce moyen absolument inoffensif et toujours très tonique et réconfortant, ainsi que la pratique me l'a démontré, dans tous les cas où l'on peut craindre des complications opératoires d'ordre infectieux, tel le cas que j'eus à soigner ces derniers jours : éclat de fer ayant traversé la cornée de part en part, labourant l'iris et le cristallin ; je pratiquai l'extraction du corps étranger après excision du prolapsus irien, mais laissai le cristallin en place ; le vitré se présentant dans la plaie, je la recouvris par une autoplastie conjonctivale et pratiquai trois jours consécutivement des injections de 10 cc. de sérum de Roux, puis ensuite des injections intra-

veineuses de collargol. Le patient, qui avait souffert beaucoup, n'éprouva plus aucune douleur après la première injection. La cicatrisation fut rapide et complète; l'iris est adhérent au cristallin cataracté que je compte extraire dans quelques jours.

Je sais bien que la multiplicité des moyens employés dans ce cas peut nuire à la pureté de l'expérience et c'est l'impression du clinicien observateur qui est en l'occasion le critérium auquel il faut s'en rapporter.

A mon avis, en clinique, il faut se méfier de l'expérimentation par trop scientifique et je ne me suis jamais prêté à cette expérience qui consiste à soumettre le malade à la seule et unique sérothérapie, dans un cas d'ulcère infectieux, excepté quand il était tout au début. Alors seulement j'ai remarqué que le sérum à lui seul peut amener la guérison; c'est du reste ce qu'ont remarqué tous les expérimentateurs attentifs : la sérothérapie à elle seule ne saurait donner des résultats absolument certains. La manière dont j'ai vu traiter ces ulcères à Würtzburg par Roemer lui-même ne prouverait pas que seule l'action de son sérum entre en jeu dans les belles guérisons qu'il obtient, car je suis persuadé que s'il n'hospitalisait pas ses malades et ne les tenait pas dans un état de grande propreté et d'asepsie de l'œil, des voies lacrymales, etc., bref, s'il était obligé de soigner ces cas à la consultation externe, ses statistiques ne seraient plus aussi brillantes, et il serait obligé comme nous d'avoir recours plus souvent au galvanocautère et aux autres moyens de thérapeutique locale pour soutenir l'action générale de son sérum.

Il y a quelques années, notre collègue Boucheron proposa, dans le traitement des iritis rhumatismales, des injections de sérum antistreptococcique. Ce sérum, vous le savez n'a pas eu grand succès à cause de la difficulté que l'on a à se procurer un sérum toujours adéquat au cas à soigner. — Aujourd'hui que des sérums polyvalents ont été mis en circulation, il serait intéressant de reprendre ces expériences.

En attendant, j'ai, pour ma part, tenté l'épreuve du sérum de Roux dans un cas d'iritis violente chez une rhumatisante; mais l'expérience me démontra que la syphilis était seule en cause, malgré les dénégations de la malade. Je ne m'en tiendrai pas à cette épreuve négative qui pourrait bien, du reste, devenir un précieux élément de diagnostic différentiel, et je me propose de soumettre dorénavant à la sérothérapie tous les cas d'iritis que je verrai et si, en 2 ou 3 injections, il n'y a pas amélioration très marquée, je recourrai aux traitements habituels.

Dans les derniers numéros de la *Clinique Ophtalmologique* j'ai relaté 2 cas excessivement intéressants d'iridocyclite blennorragique guéris d'une façon remarquable et rapide par des injections intraveineuses de collargol; je regrette, dans ces 2 cas, de n'avoir pas essayé de la sérothérapie. J'eusse peut-être obtenu au début un résultat aussi brillant, mais certainement il eût été nécessaire de recourir quand même au collargol, ainsi que je le fais toujours quand l'effet obtenu par la sérothérapie risque de ne pas se maintenir ou que je sens que l'accoutumance se produit.

Vous savez, en effet, que des résultats intéressants ont été obtenus par le collargol et dans les ulcères infectieux, et dans les panophtalmies et dans les complications infectieuses post-opératoires. A mon avis, il sera toujours bon, dans tous les cas, de commencer le traitement sérothérapique puis de le soutenir et de le faire suivre d'une série d'injections intraveineuses de collargol.

P.-S. — Au moment d'envoyer ma communication à l'imprimerie, je reçois un tirage à part de la *Münch med. Woch.*, n° 19, 1907, dans lequel le professeur *Deutschmann*, de Hambourg, nous annonce que grâce à un sérum obtenu par immunisation d'animaux au moyen de *levures* il observe des guérisons rapides d'*ulcères infectieux* de la cornée, d'*iridocyclites traumatiques* ou post-opératoires, ainsi que dans certaines *iritis* chez des rhumatisants,

Ces faits cadrent absolument avec ceux observés par moi à la suite de la sérothérapie dont je viens de parler (sérum antidiphtérique ou antitétanique) et prouveraient que la spécificité microbienne n'est pas une condition indispensable à une action sérothérapique. Du reste, les résultats observés par Deutschmann avec son sérum, dans le traitement de la pneumonie et de certaines fièvres paratuberculeuses, sont exactement les mêmes que ceux qui ont été notés en 1901 par *Talamon* dans le traitement de la pneumonie avec le sérum antidiphtérique ; d'autres ont rapporté les mêmes faits, et des succès identiques ont été également relatés avec le sérum antipneumococcique et dans ces derniers temps les intéressants travaux de Alb. Robin et Bardet sur l'argent colloïdal et les métaux ferments, ont accusé des guérisons identiques à celles obtenues avec les sérums. Les résultats obtenus par le collargol en ophtalmologie sont aussi comparables à ceux donnés par la sérothérapie.

Ne savons-nous pas, du reste, qu'au fond le processus qui se passe dans l'intimité des tissus, pendant la lutte de l'organisme contre les éléments infectieux et leurs toxines, a pour base des phénomènes d'oxydation de plus en plus intenses. (*Hydratation oxydoréductrice.*)

Or, il est reconnu que l'action des sérums est due à la présence d'oxydases capables de détruire les toxines. — Un sérum spécifique comme celui de la diphtérie aura certainement plus de chance de succès dans une infection diphtérique, mais il s'est montré également actif dans les *infections septiques*, *endométrites*, *salpingites*, *vulvites gonococciques*, *stomatites à streptocoques*, *pneumonies*, *broncho-pneumonies*, *érysipèles*, *méningite cérébro-spinale* et même *l'appendicite* : il serait trop long de citer ici tous les auteurs à ce sujet.

La **sérothérapie antitoxique simple, non spécifique**, *doit donc entrer dorénavant comme agent important de thérapeutique générale et de prophylaxie dans toutes les infections générales ou locales, sans préjudice des médications topiques usuelles. — Le sérum le plus facile à se procurer et le plus digne de confiance est celui de Roux-Behring, jusqu'à ce que des recherches plus approfondies nous aient donné des indications plus précises sur les mérites respectif des différents sérums et des métaux-ferments.*

Note sur la prophylaxie et le traitement de l'infection péritonéale à l'aide de l'hyperleucocytose provoquée par le nucléinate de soude,

Par le professeur CHANTEMESSE, avec la collaboration de M. KAHN.

I

Le plus grave danger encouru par les malades atteints de fièvre typhoïde est la péritonite consécutive à la perforation de l'intestin. La fréquence de cette terrible complication est variable suivant la violence des épidémies typhiques. Parfois très fréquente, elle est dans certaines épidémies assez rare, si bien que le chiffre moyen est difficile à établir. Sur un total de plus de vingt mille cas que j'ai recueillis, la perforation intestinale s'est présentée deux fois et demie sur cent.

Cette perforation, dont la conséquence est mortelle dans la grande majorité des cas, n'est curable que par le fait d'une intervention chirurgicale très précoce. Tel est l'avis à peu près unanime des médecins et des chirurgiens de tous les pays. Ils estiment, et à juste titre, qu'au bout de huit à dix heures après le début de la perforation les chances de succès d'une opération chirurgicale sont déjà évanouies; on supprime la perforation, mais le malade succombe aux progrès de l'infection du péritoine réalisée pendant de trop longues heures. Puisque l'opération très précoce est le seul moyen connu jusqu'ici d'arrêter ou de modérer l'infection péritonéale, il faut qu'elle soit faite presque aussitôt après la survenance de la perforation. Et sur quel signe faut-il baser ce diagnostic précoce?

Depuis dix ans, dans mon service de typhiques du Bastion 29, j'ai vu beaucoup de cas de perforation intestinale et j'ai acquis la conviction qu'il n'existe pas d'une manière générale, de signe appartenant en propre à la perforation ; tous ceux que lui attribuent les livres classiques dépendent en réalité de la péritonite consécutive; la douleur, la défense musculaire, la diminution de la matité hépatique, et, plus tard, les troubles du pouls, les vomissements, etc., sont des signes de péritonite plus ou moins étendus. Ils peuvent exister dans l'inflammation péritonéale typhique par propagation sans perforation ; ils peuvent manquer ou être très atténués au début d'une petite perforation déjà réalisée.

Et le médecin se trouve presque toujours devant une responsabilité morale angoissante parce qu'au-dessus de sa décision plane la question de la laparotomie. Nécessité d'une intervention très précoce quand il y a perforation intestinale, difficulté extrême de faire tout au début le diagnostic de cette complication — voilà le problème. Il suffit de se rappeler comment sont installées les chambres où l'on soigne les typhiques, soit en ville, soit à l'hôpital, pour se convaincre que l'intervention chirurgicale n'est réalisée dans l'immense majorité des cas que d'une façon tardive et vouée à l'insuccès.

II

N'existe-t-il pas un moyen médical d'empêcher, d'arrêter ou tout au moins de modérer cette inflammation du péritoine, de faire qu'elle marche moins vite, que

le malade se défende mieux et que le chirurgien trouve en ouvrant le péritoine une séreuse en voie de réaction défensive puissante?

Quand une perforation intestinale survenue dans le cours de la fièvre typhoïde est abandonnée à elle-même, on sait que le malade succombe entre deux et quatre ou cinq jours après le début de la complication. Existe-t-il un moyen médical de faire durer la résistance du malade une dizaine de jours et même parfois d'amener — dans des cas rares, je le veux bien, — une guérison *sans opération*, lorsque la perforation est petite et placée en un point où l'oblitération est possible par le fait de l'épiploon? Nous croyons que ce moyen peut être souvent trouvé dans l'hyperleucocytose, provoquée dans le sang et dans le péritoine par l'injection sous-cutanée de nucléinate de soude.

III

La thérapeutique générale des maladies infectieuses a été orientée dans une voie nouvelle lorsqu'on a découvert que l'organisme se défendait normalement contre es microbes par la mise en jeu d'une fonction naturelle : la phagocytose. L'idée est venue à beaucoup de médecins de favoriser cette fonction dans la lutte contre la maladie, de collaborer à la mise en œuvre spéciale de cet acte spontané de la nature médicatrice. D'autant plus que beaucoup de remèdes dont l'action favorable ne peut être contestée, dans l'évolution de diverses maladies infectieuses, agissent précieusement avec la collaboration de l'hyperleucocytose provoquée: chez le paludéen, la quinine amène de l'hyperleucocytose; chez le diphtérique et chez le typhique, le sérum antidiphtérique et le sérum antityphoïde provoquent de l'hyperleucocytose et font naître l'hypertrophie momentanée de la rate; chez le pneumonique, les injections intra-veineuses de collargol, très favorables aux malades, agissent aussi en amenant tout d'abord un peu de leucolyse et ensuite de l'hyperleucocytose sanguine.

L'action de tous ces remèdes utiles ne fait que suivre et copier le mode de réaction de l'organisme se défendant spontanément contre les infections.

Parmi les agents thérapeutiques provocateurs de réactions hyperleucocytaires, il en est un, la nucléine, qui a déjà été vanté par Mikulicz et quelques chirurgiens américains. Nous l'avons aussi utilisée en injections sous-cutanées stériles, sous forme de nucléinate de soude dissous à 1 p. 100 dans l'eau physiologique. Je ne ferai que mentionner ici quelques faits cliniques et quelques faits expérimentaux.

A plusieurs reprises, j'ai observé des malades qui, dans le cours de la fièvre typhoïde, après une hémorragie intestinale, ont ressenti des douleurs vives dans le ventre, accompagnées de rétraction de la paroi, de défense musculaire à la palpation, de disparition presque complète de la matité hépatique. L'injection sous-cutanée de nucléinate de soude, faite aussitôt que possible après l'apparition des douleurs, faisait disparaître celles-ci au bout de vingt-quatre heures, d'une manière complète ou presque complète. Dès le lendemain, le ventre restait ballonné, mais peu douloureux, résistant à la pression, parfois même donnant à la main qui pressait la sensation d'anses intestinales tuméfiées et peu mobiles, comme on

constate au palper dans certains cas de péritonites tuberculeuses; peu à peu, surtout quand on renouvelait au bout de deux à trois jours l'injection de nucléinates, les douleurs disparaissaient, le ventre s'assouplissait et la sonorité de la région hépatique faisait place à la matité normale. Pendant que ces phénomènes locaux se déroulaient, l'état général du malade restait bon; la température, après une légère ascension survenue trois ou quatre heures après l'injection, diminuait, le pouls baissait et peu à peu les malades se rétablissaient complètement. Y a-t-il eu dans ces cas une petite perforation intestinale? Il serait difficile et bien osé de le dire, cependant les faits suivants qui se sont terminés par la mort donnent sur ce point un renseignement qui mérite d'être médité. Dans deux cas d'assez grosse perforation intestinale constatée à l'autopsie, les malades, n'ayant pas été opérés, ont vécu douze jours après le début de la perforation, grâce à deux ou trois injections de nucléinate de soude, qui leur ont été faites. Encore faut-il remarquer — et c'est là un fait important — que le nucléinate de soude avait été injecté tardivement, c'est-à dire quinze à dix-huit heures après le début de la perforation. A ce moment, les signes classiques de la péritonite après perforation étaient déjà présents : ventre ballonné et très douloureux, suppression de l'émission de gaz intestinaux, voix cassée, yeux excavés, extrémité du nez un peu refroidie et pouls déjà rapide. Vingt-quatre heures après l'injection, les symptômes étaient notablement amendés, le pouls avait baissé, le facies était meilleur, le ventre moins tendu et moins douloureux. La situation était assez améliorée pour qu'une opération pût être tentée avec succès; les malades ont refusé cette opération et quand ils ont succombé au bout de douze jours à une péritonite lente ayant abouti à la rétraction du ventre, nous avons trouvé un péritoine où l'organisation de défense leucocyto-conjonctive s'était développée, où les perforations mêmes, malgré leur volume, étaient assez bien oblitérées par l'épiploon et par l'organisation du tissu conjonctif.

L'action de résistance péritonéale si énergique constatée dans les faits dont je viens de parler s'explique par les modifications survenues dans l'état du sang des malades et dans la réaction de leur système leucopoiétique sous l'incitation du nucléinate de soude. Chez l'homme comme chez l'animal, on constate, six à huit heures après l'injection de cette substance, sous la peau, une hyperleucocytose sanguine à type principalement mononucléaire, qui va s'accroissant pendant environ quarante-huit heures et qui persiste quatre ou cinq jours en diminuant peu à peu.

Cette hyperleucocytose est très considérable: en quelques heures elle peut pugmenter du double et même beaucoup plus le nombre des leucocytes sanguins. Lorsque le remède est introduit à la dose d un centigramme (solution au centième dans l'eau physiologique) dans la veine du bras, il provoque chez le malade, au bout de deux à trois heures, une sensation de léger frissonnement suivie bientôt d'une élévation de température s'élevant à près de 40°. Cette fièvre aseptique, fièvre de défense, a une courte durée; elle est accompagnée d'une hyperleucocytose sanguine très manifeste et se termine au bout de quelques heures par une

rémission complète et une sensation de bien-être marquée. Chez l'animal sain, on peut injecter dans la veine, sans inconvénients, des doses cent fois plus fortes; en quarante-huit heures, le chiffre des globules blancs du sang monte de 7 à 8 mille à 30 mille; seulement avec des doses fortes l'hyperleucocytose est toujours précédée d'un stade de leucolyse. Lorsqu'on sacrifie un animal en période de réaction hyperleucocytaire, on constate, accompagnant les modifications sanguines dont nous avons parlé, une hyperactivité du tissu leucopoiétique (réaction du tissu adénoïde de la rate et des ganglions lymphatiques, réaction du tissu myéloïde des os).

Chez l'homme le mode d'introduction du remède le plus favorable est la voie sous-cutanée. Une injection stérile de 40 centimètres cubes contenant, dissous dans l'eau physiologique, 40 centigrammes de nucléinate de soude, faite en une place ou deux places (régions des flancs, régions de la face externe de la cuisse), amène au bout de quelques heures un peu de douleur locale que l'on peut calmer par l'application d'un cataplasme laudanisé. Au bout de vingt-quatre heures la région est parfois atteinte d'une légère tuméfaction et de rougeur qui se dissipent le lendemain. Deux ou trois jours plus tard, on peut faire une seconde injection et ensuite une troisième en diminuant chaque fois les doses. On maintient ainsi une hyperleucocytose favorable à la lutte entreprise.

L'action survenue dans le sang du malade sous l'influence du nucléinate de soude n'est pas mystérieuse; on peut la mettre en évidence en mesurant la puissance de stimulation sur les leucocytes que possède le sérum du malade avant et après l'injection de nucléinate de soude, c'est-à-dire en mesurant le pouvoir opsonique. J'ai fait cette recherche au Bastion 29 avec mon interne, M. Milhit, et nous avons constaté, chez un homme atteint de perforation intestinale et soumis au nucléinate de soude, que l'index opsonique, donnant par rapport à la normale le chiffre de 1,60 avant l'injection, était monté, vingt-quatre heures après l'injection, à 2,5. Sous l'influence du remède le sérum du malade avait presque doublé en quelques heures son pouvoir de stimulation phagocytaire et l'inflammation péritonéale était manifestement en régression.

A côté des avantages il faut citer les inconvénients de cet agent puissant de thérapeutique.

Nous ne faisons que mentionner à nouveau la douleur locale, petit inconvénient sans gravité; mais le nucléinate de soude donne une secousse à l'organisme; il provoque au bout de peu de temps, et proportionnellement à la dose injectée, de la fièvre, des malaises qui ne durent que quelques heures, il est vrai, mais qui sont d'autant plus mal supportés que le malade est plus malade. Chez un individu résistant qu'on doit soumettre à la laparotomie, une injection de 40 centigrammes de nucléinate de soude, faite la veille, préparera admirablement le péritoine à résister à une infection opératoire possible et cela sans inconvénient appréciable. Il n'en serait plus de même si chez un homme très atteint on voulait faire *en même temps* et l'opération et l'injection de nucléinate, car alors le choc des deux interventions s'additionnerait au grand détriment du malade. Après une perforation

intestinale, l'infection du péritoine met plusieurs heures à se développer et à manifester sa gravité ; entre le début de la complication et l'apparition des grands accidents péritonitiques, plusieurs heures s'écoulent pendant lesquelles le nucléinate de soude injecté dès le début peut agir.

Voilà précisément le phénomène que nous voulons mettre en relief dans ce travail.

Toutefois la résistance provoquée dans l'organisme par la nucléine n'est pas limitée à la cure de l'inflammation du péritoine survenue pendant la fièvre typhoïde ; l'hyperleucocytose qui en découle est un acte défensif général ; sous l'influence du remède, nous avons vu se modifier favorablement la marche de l'érysipèle et celle de la pneumonie contre laquelle les injections intra-veineuses de collargol n'interviennent très utilement que par la production d'une hyperleucocytose.

La différence entre l'action du collargol et celle plus énergique du nucléinate de soude nous paraît consister principalement dans une question de degré.

En résumé :

Le nucléinate de soude nous paraît agir par l'accroissement momentané et assez durable de la fonction phagocytaire ; son mode d'action est puissant et doit être mesuré suivant les cas.

D'une manière préventive, il agit avec force contre l'infection ; quand celle-ci est développée, il est utile s'il intervient au début de cette complication ; son action bienfaisante se mesure à la réaction de défense qu'il provoque, à la condition que le malade soit capable d'en faire les frais.

L'hyperleucocytose qu'il fait naître est particulièrement utile pour prévenir ou modérer l'évolution d'une péritonite ayant son point de départ dans l'infection des organes que recouvre la séreuse, péritonite spontanée ou péritonite provoquée par une intervention chirurgicale. Même s'il ne guérit pas la péritonite aiguë, il accroît les chances de succès d'une opération chirurgicale consécutive.

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 25 juin 1907.

Présidence de M. Barbier.

M. Leredde, comme suite à la communication de M. Dalimier, présente une note sur l'emploi du bi-bromure de mercure dans le traitement de la syphilis. Pour lui, ce sel possède un pouvoir thérapeutique égal à celui des autres sels mercuriels solubles si l'on tient compte de leur teneur respective en mercure. Il possède cependant sur ces derniers une supériorité incontestable en raison de son indolence plus grande et plus constante.

Il s'élève contre l'emploi des préparations mercurielles organiques peu toxiques, mais possédant une activité thérapeutique également plus faible par suite de leur dédoublement incomplet dans l'économie. Il ne faut pas oublier que le mercure seul mis en liberté est actif et que, lorsque le métal n'est pas libéré, l'action thérapeutique ne se produit pas.

Le bi-bromure renferme 0,55 p. 100 de son poids de mercure et il faut l'employer à des doses correspondant à 1 ou 2 centigrammes de mercure métallique.

M. Mathieu revient sur le rapport de M. Gaultier et reproche à ce dernier d'avoir trop systématisé les troubles gastro-intestinaux qui surviennent chez certains dyspeptiques. Sans vouloir nier les dyspepsies duodénales, il estime que nous les connaissons encore trop mal pour pouvoir les schématiser ainsi et leur attribuer un syndrome séméiologique aussi sûr que celui que propose M. Gaultier. Il est cependant d'accord avec ce dernier pour accorder une grande valeur au point de vue du diagnostic à l'examen chimique des selles. Il va même plus loin et utilise souvent l'examen microscopique et tire des déductions intéressantes de la digestion plus ou moins parfaite du tissu conjonctif et des fibres musculaires à la suite d'ingestion de viande crue hachée. Pour lui, il n'existe pas de médication spécifique pour remédier à l'insuffisance de la digestion intestinale et pas plus les médications opothérapiques que la médication intestinale acide d'Henriquez n'ont donné les résultats espérés.

M. Robert-Simon rapporte un cas d'entérite grave avec cachexie digestive chez un enfant débile congénital traité par les injections sous-cutanées de plasma marin. Sous l'influence de l'injection de 50 centimètres cubes de plasma marin pratiquée tous les deux jours pendant plus d'un mois, il obtint la cessation des troubles intestinaux; l'enfant se mit à augmenter de poids régulièrement et au bout de quelque temps il put à nouveau tolérer le lait et s'alimenter d'une façon normale.

M. Rénon utilise depuis quelques années les curieuses propriétés de la thiosinamine de ramollir les tissus cicatriciels contre les fibroses cardio-vasculaires, les affections valvulaires, la symphyse cardiaque et l'artério-sclérose.

Il injecte tous les deux jours sous la peau de l'abdomen un ou deux centimètres cubes d'une solution aqueuse à 1 pour 25 de thiosinamine française, assez soluble dans l'eau, quoi qu'on en ait dit.

Ces injections sont fort bien supportées, peu douloureuses: elles ne déterminent aucune réaction inflammatoire.

Dans les affections mitrales, les résultats furent négatifs, mais dans les affections aortiques il y a souvent une amélioration sensible et notamment une diminution de la dyspnée et un abaissement de la tension sanguine qui varie entre 2 et 5 centimètres de mercure. Les signes sthétoscopiques ne sont nullement modifiés. Dans l'artério-sclérose, l'action de la thiosinamine s'exerce d'une façon moins constante, mais on a pu noter, dans certains cas, une diminution de la dyspnée et un abaissement de la tension sanguine.

L'action du médicament se prolonge pendant trois à quatre mois.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,
Médecin des hôpitaux.

Traitement du tétanos (*Soc. de chir.*, 22 mai 1907). C'est un procès en règle que nous avons à enregistrer, alors que l'accord avait paru se faire récemment au sein de cette Société, sur la valeur du moins préventive du sérum antitétanique. Aux nombreux cas sur lesquels on vient d'insister dans les discussions précédentes, en montrant que le tétanos a éclaté précisément à l'occasion de plaies souillées de terre chez des malades auxquels on avait omis de faire des injections sous-cutanées, M. Reynier oppose les 41 observations recueillies chez des blessés *qui avaient subi ces injections préventives*. D'autre part, M. Potherat fait observer que les enquêtes n'ont été faites sérieusement que dans les cas de mort par tétanos. Si l'on procédait à une enquête aussi soignée, nul doute que l'on n'apprenne que, dans les services où les injections sont faites soi-disant systématiquement dans ces cas spéciaux, il n'en est pas toujours ainsi, ce qui ôte de leur valeur aux statistiques sur lesquelles on s'appuie. En réalité, le tétanos, qui, même avant l'apparition de la sérothérapie, apparaissait de la façon la plus irrégulière et la plus imprévue, semble avoir considérablement diminué de fréquence depuis l'emploi des pansements antiseptiques. Peut être aurait-il tendance à reparaître depuis que l'on semble manifester une fâcheuse tendance à se contenter de l'asepsie?

M. Tuffier a pris la parole pour demander que l'on fasse une distinction, au point de vue du tétanos, entre les cas qui ont suppuré et ceux où il n'y a pas eu de suppuration. Que dire alors du cas observé par M. Delorme, où le tétanos se développa chez un opéré de cure radicale de hernie avec réunion par première intention? Ce dernier cas est, il est vrai, bien exceptionnel et doit tenir à des conditions spéciales de milieu. On voit néanmoins que l'accord n'est pas près de se faire quant à la réalité de l'effet préventif du sérum antitétanique, qui n'avait pas été soumis, jusqu'à ce jour, à d'aussi vives critiques. Moins facile à juger qu'un sérum aux propriétés curatives, tel que le sérum antidiphtérique, il doit être de nouveau mis à l'etude en choisissant de préférence les milieux où le tétanos est le plus fréquemment observé.

A. Benoît.

Valeur thérapeutique de l'acide formique dans le traitement de la diphtérie, par Claude Ker et Croom (*Edinb. med. J.*, juin 1907). — Considérant que l'asthénie, si caractéristique dans la diphtérie, peut être favorablement influencée par l'acide formique, les auteurs ont employé ce traitement dans une centaine de cas et complètent aujourd'hui un premier travail. Le principal objet était de noter l'effet du médicament sur l'apparition du collapsus cardiaque et de la paralysie post-diphtérique. On peut supposer que l'acide formique doit être plus efficace dans les cas où le muscle joue un rôle dans la paralysie, comme dans celle du voile du palais.

L'acide formique a été donné systématiquement à tous les malades à la place de la strychnine et en solution aqueuse à 25 p. 100, dont les malades prenaient de V à XX gouttes toutes les quatre heures.

En ce qui concerne l'asthénie cardiaque, l'effet a été peu considérable. Cependant, les auteurs pensent que l'usage de l'acide formique peut, soit limiter la dégénérescence du myocarde, soit agir sur les fibres atteintes.

Les résultats les plus intéressants et les plus inattendus concernent la diminution extraordinaire des cas de paralysie. Au lieu

d'une proportion de 9 à 12 p. 100 la proportion des paralysies est tombée à 2,9 p. 100. Le fait ne peut être attribué à la bénignité des cas de diphtérie : mais alors si l'acide formique a eu cette influence sur la diminution des paralysies, on se demande pourquoi un tonique musculaire a pu avoir une action sur une lésion habituellement regardée comme ayant une origine nerveuse. Peut-être s'agit-il ici d'une action générale sur la nutrition.

Les observations tendent à montrer que l'albuminurie a été moins fréquente avec le traitement par l'acide formique. Par contre les auteurs n'ont pas observé l'action diurétique signalée par Huchard.

En résumé, les auteurs considèrent que les résultats obtenus sont très encourageants, surtout en ce qui concerne l'asthénie cardiaque et la paralysie et pensent que l'acide formique est un tonique excellent, qu'il y a grand avantage à employer dans la diphtérie.

L. JUMON.

Faut-il injecter du sérum dans les cas de paralysie diphtérique, par MAURICE PERRIN (*Revue médicale de l'Est*, 1er juin 1907). — L'auteur cite une observation dont l'intérêt principal réside dans l'existence de la rechute de la paralysie diphtérique, qui a pris la forme d'une polynévrite sensitivo-motrice généralisée aux quatre membres.

La rechute serait-elle survenue si le malade avait été traité systématiquement par la sérothérapie antidiphtérique après le développement de sa paralysie du voile du palais ?

La sérothérapie semble, en effet, prendre une place importante dans le traitement des paralysies constituées. Elle ne guérit pas cependant toutes les paralysies et celles-ci peuvent guérir sans sérothérapie.

M. Perrin pense que chez son malade on aurait pu obtenir une amélioration plus rapide si, au lieu de se borner au traitement classique, on avait multiplié les injections de sérum en en pratiquant, par exemple, tous les deux ou trois jours. Mais le sérum ne saurait être employé ainsi sans les plus grandes précautions, surtout chez les adultes. L'injection du sérum à doses élevées et répétées n'est pas toujours sans inconvénient.

Il faut maintenir le malade au régime lacté absolu, surveiller soigneusement l'élimination urinaire et le fonctionnement de tous les émonctoires, les menaces d'accidents sérothérapiques et suspendre la médication à la moindre alerte. M. Haushalter a observé une série de faits qui permettent de penser que les injections de sérum antidiphtérique ont une valeur préventive réelle vis-à-vis de la paralysie diphtérique.

L. JUMON.

Les injections de plasma marin dans leurs rapports avec les œdèmes des tuberculeux, par F. LALESQUE (*J. de médecine de Bordeaux*, 2 juin 1907). — Les injections de sérum artificiel ou de sérum marin, apportant un surcroît de chlorure de sodium dans un organisme impuissant à s'en décharger, peuvent déterminer des phénomènes de rétention chlorurée et notamment faire naître ou augmenter les œdèmes. Cette notion, dit l'auteur, doit rester présente à l'esprit du praticien chaque fois qu'il injecte un solution saline, qu'il s'agisse de l'ancienne médication par le sérum artificiel ou par le plasma marin, ce dernier pouvant au point de vue hydropigène, être assimilé au premier. Sur plus de cent tuberculeux traités par le plasma marin, il n'a relevé que trois cas permettant de rechercher quels rapports pouvaient exister entre la médication et l'apparition ou la disparition des œdèmes.

Dans le fait cité il s'agissait d'une tuberculeuse déjà cachectique et son hypochlorurie, comme l'œdème survenu à la suite des injections de plasma marin, étaient symptomatiques, non d'une rétention chlorurée, mais de la cachexie tuberculeuse. Cependant l'auteur croit que les injections n'ont pas été étrangères à l'œdème : elles ne l'ont pas provoqué, mais ont pu hâter son apparition, en déterminant un traumatisme de quelque filet nerveux dans le membre qui fut d'ailleurs le premier atteint d'œdème.

L. JUMON.

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

La nutrition chez les diabétiques. Classification des diabètes sucrés, par MM. MAR-

CEL LABBÉ et HENRI LABBÉ (*Soc. méd. des hôp.*, 19 avril 1907). — D'après MM. Marcel Labbé et Henri Labbé, l'étude seule de la symptomatologie ne suffit pas à classer un diabète; elle doit être complétée par le bilan de la nutrition. On obtient ce bilan en mesurant l'ingestion des aliments et les excrétions urinaire et fécale. Les auteurs ont pu ainsi distinguer trois variétés de diabète.

1° *Les diabètes sans dénutrition* — Ce sont ceux que l'on décrit sous le nom de diabètes gras ou arthritiques. Dans cette catégorie, l'équilibre azoté est conservé, la glycosurie est modérée et elle est causée par l'absorption d'une quantité exagérée d'aliments hydrocarbonés. Les malades tolèrent, sans présenter de glycosurie, une certaine quantité d'hydrates de carbone; s'ils dépassent cette quantité, le sucre apparaît dans les urines.

2° *Les diabètes avec dénutrition.* — Ce sont les diabètes maigres ou pancréatiques. Le malade détruit les albumines de ses tissus et présente de l'hyperazoturie. La glycosurie, abondante, est à la fois d'origine alimentaire et organique. Elle dérive de la transformation des hydrates de carbone, des albumines et des graisses, comme le prouve, du reste, l'étude de la nutrition ; et en effet, elle ne disparaît pas par le régime.

3° *Les diabètes avec dénutrition modérée.* — Les malades présentent une dénutrition azotée légère. La glycosurie est modérée, mais ne cesse pas malgré la suppression des hydrates de carbone.

Cette classification permet de faire un pronostic et de donner un traitement. Dans les diabètes sans dénutrition, on restreindra l'ingestion hydrocarbonée et on la maintiendra au-dessous de la tolérance. Dans les diabètes avec dénutrition, au contraire, le danger se trouve dans l'*acidémie*, et l'*hyperglycémie* passe au second plan; aussi le régime doit-il comporter une certaine quantité d'hydrates de carbone.

PIERRE SÉE.

Polycythémie chronique en cyanose avec splénomégalie (maladie de Vaquez) traitement, par JAMES ANDERS (*The Am. J. of the med. sc.* juin 1907). — Le syndrome décrit par Vaquez ne doit pas être confondu avec la polycythémie simple. Il a été observé d'abord dans des cas de tuberculose de la rate, mais il est des cas où cette lésion était absente. L'auteur qui en rapporte trois cas incrimine la perte du tonus des veines. Les symptômes consistent en cyanose persistante, polycythémie pouvant résulter de la stase veineuse et contribuant à compenser l'insuffisance de l'hématose, enfin en symptômes d'excitation nerveuse. L'étiologie reste encore très obscure.

Le traitement de l'affection n'offre rien de très spécial. On doit placer le malade dans un milieu aussi favorable que possible au point de vue physique et mental. Une alimentation légère, mais substantielle, l'air pur et un exercice modéré résolvent les principales indications hygiéniques. Les nitrites sont le médicament qui a été le plus employé; ils soulagent la céphalalgie et d'autres symptômes cérébraux, au moins dans quelques cas. La saignée générale avec ou sans injection saline n'a donné que des effets temporaires. Hegg a rencontré un cas, probablement d'origine paludéenne, dans lequel un traitement énergique, application de tri-iodure de mercure sur la région de la rate, exposition à la chaleur artificielle, 2 gr. 50 de quinine par jour, amenèrent une amélioration de tous les éléments du syndrome. Le résultat principal semble dû ici à la quinine qu'on dut dans la suite redonner à fortes doses.

Les iodures sont indiqués pour diminuer la viscosité du sang. Dans un cas l'amélioration survint après le rétablissement de la fonction menstruelle.

L. JUMON.

Infantilisme tardif de l'adulte. Sclérose atrophique de la thyroïde avec néogenèse lymphoïde, par M. GAUDY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 mai 1907). — M. Gaudy cite le cas de deux hommes adultes bien constitués qui, à la suite de myxœdème, présentèrent des signes d'infantilisme sexuel (atrophie des organes génitaux, chute de la barbe, des poils pubiens et axillaires, impuissance absolue). Il s'agissait donc d'*infantilisme par réversion* et non d'*infantilisme par arrêt primitif de développement*, comme on l'observe dans la majorité des cas.

Ces deux hommes ayant succombé, l'autopsie révéla une atrophie de la thyroïde. La glande ne pesait plus que 7 grammes, présentait de la sclérose interstitielle, de l'atrophie des éléments glandulaires et des îlots de néoformation lymphoïde. Les testicules, très réduits, ne contenaient plus de cellules interstitielles.

L'auteur considère que la dysthyroïdie est l'élément le plus important de l'infantilisme par réversion.

Le traitement consiste dans l'opothérapie thyroïdienne. qui doit être appliquée dès les premières phases de la maladie.

PIERRE SÉE.

Corps thyroïde et intestin, par MM. LÉOPOLD-LÉVI et H. DE ROTHSCHILD (*Soc. de Biologie*, 20 avril 1907). — D'après MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild, la thyroïdine agit surtout sur la constipation, et elle peut déterminer une diarrhée comparable à la diarrhée nerveuse et à celle qu'on observe au cours de la maladie de Basedow.

L'ingestion de corps thyroïde peut, inversement, faire cesser une diarrhée chronique, comme le prouvent quatre observations

Les auteurs en concluent que le corps thyroïde exerce sur diverses fonctions, et en particulier sur celles de l'intestin, une véritable influence régulatrice. Elle serait due t une action excitatrice de la glande thyroïde sur le système neuro-musculaire de r intestin. L'action régulatrice exercée sur ll'intestin ne serait, d'ailleurs, pas dévolue au seul corps thyroïde; elle appartiendrait également à d'autres organes.

PIERRE SÉE.

A propos du traitement de la maladie de Basedow par le sérum de Mœbius, par DE WAELE (*La Belgique médicale*, 6 juin 1907). — En publiant une observation de maladie de Basedow soumise à ce traitement, l'auteur fait remarquer qu'il faut souvent le poursuivre pendant très longtemps pour maintenir le résultat obtenu et avoir raison de la maladie. Quant à la nature de l'action du sérum anti-thyroïdien, elle est encore assez obscure. Les propriétés ne sont pas détruites par la digestion pepsique ou trypsinique, puisque la clinique a fait rejeter la voie sous-cutanée et préférer l'administration par voie buccale. Ce sérum est né d'une conception physiologique. Il s'agit d'un traitement opothérapique, qui doit être prolongé pendant longtemps.

L. JUMON.

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT,

Ancien interne des hôpitaux.

Tuberculose des ganglions iléo-cæcaux (*Soc. de chir.*, 5 juin 1907). — On commence à se préoccuper des cas nombreux où l'opération, pratiquée pour des crises d'appendicite qualifiée, révèle la présence de ganglions volumineux placés dans l'angle iléo-cæcal. *M. Demoulin* en avait dernièrement cité un cas. *MM. Tuffier* et *Routier* déclarent qu'ils ont, à leur tour, opéré, l'un une jeune fille, l'autre un malade de quarante-deux ans, chez lesquels l'appendice était peu altéré; l'affection était surtout causée par des groupes de 4 à 6 ganglions paracæcaux dont l'ablation fut faite sans incident. Aucune tuberculose ultérieure ne fut notée chez les opérés. Il convient de dire que le cæcum était sain et que l'inoculation aux cobayes de la substance caséeuse que contenaient les ganglions démontra cependant leur nature tuberculeuse. *M. Villemin* a également rencontré ces gros ganglions au cours de l'appendicectomie, mais des recherches suivies sur plusieurs malades lui ont montré que l'inoculation en était le plus souvent négative. Il part de là pour douter de la fréquence de cette tuberculisation. Tout ce qu'on peut affirmer avec *M. Delbet*, c'est que l'hypothèse de la progression des bacilles tuberculeux ingérés à travers la muqueuse intestinale pour atteindre directement les ganglions est justifiée par certains faits. D'autre part, la relation des faits sus-énoncés prouve que cette tuberculose locale, analogue en cela à la tuberculose iléo-cæcale, traitée chirurgicalement, comporte un pronostic favorable.

A. BENOÎT.

Traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire (*Soc. de Chir.*, 22 mai 1907). — Plusieurs auteurs se rangent de nouveau à l'avis de M. Poncet (de Lyon), qui, ayant vu plusieurs fois des abcès pelviens s'ouvrir spontanément dans le rectum et guérir très simplement, conseille, lorsque ces collections bombent dans le rectum, de faire une incision de 2 ou 3 centimètres seulement sur la partie la plus saillante, sans drainer et sans faire de lavage. Ce traitement consécutif, pour lui, n'est pas indispensable à la guérison. Il est permis

de penser que l'antisepsie soignée du rectum et de fréquents lavages ne seront pas inopportuns à la suite de cette intervention.

A. Benoit.

Traumatisme et appendicite (*Soc. de Chir.*, 29 mai 1907). — M. Guinard tente de prouver que l'appendicite traumatique est fréquente, en citant plusieurs faits personnels, qui viennent s'ajouter à ceux que M. Picqué cita dernièrement. Mais les explications que l'on peut invoquer à l'appui de cette théorie ne sont nullement convaincantes. *M. Routier* l'exprime en disant que, s'il est un organe qui par sa situation et sa mobilité relative est à l'abri des effets du traumatisme, c'est assurément le vermium.

A. Benoit.

Traitement de l'ulcère duodénal, par Moynihan (*The Practitioner*, juin 1907). — Si le traitement médical dans l'ulcère de l'estomac peut amener la guérison, de l'avis de l'auteur, il n'en est plus de même des cas d'ulcère duodénal. C'est que ce dernier est constamment en contact avec les aliments à leur passage. Même s'il guérit et se cicatrise, la cicatrice peut encore se rompre sous l'influence de l'intestin et de la pression exercée par les aliments. Aussi l'ulcère duodénal est-il une affection beaucoup plus sérieuse que l'ulcère gastrique et moins facile à soigner.

L'auteur pense en conséquence que la question du traitement chirurgical doit être soulevée à une période moins avancée de la maladie. Si le diagnostic est certain, le traitement chirurgical donnera certainement de meilleurs résultats que le traitement médical. S'il est survenu une hémorragie, il faudra intervenir le plus tôt possible, parce que l'avenir du malade est compromis soit par une perforation possible, soit par ses hémorragies incoercibles. Sur 101 cas d'ulcère duodénal traités par une opération, l'auteur a eu deux morts. Dans tous, il a pratiqué la gastro-entérostomie postérieure, le plus souvent combinée avec la duplicature de l'ulcère par un double plan de sutures. Les résultats éloignés ont été parfaits sauf dans un cas, qui dut être opéré une deuxième fois et chez lequel il parut s'être développé un ulcère peptique dans la partie voisine du jejunum.

Dans tous les cas d'ulcère duodénal opérés, surtout dans ceux où il y a eu une hyperchlorhydrie excessive, un régime rigoureux doit être suivi pendant trois mois après que le malade est rentré chez lui, et s'il y a des signes d'acidité persistante, il faut prescrire un mélange de bismuth et d'alcalins. On connaît ainsi une trentaine de cas dans lesquels l'ulcère a récidivé dans le jejunum, ce qui a constitué une complication grave. On ignore ce qui peut peut causer cet ulcère, mais il est clair que le régime peut avoir à cet égard une influence prophylactique. Le retour rapide à une santé robuste après la gastro-entérostomie s'accompagne toujours d'une augmentation d'appétit, qui devient même vorace. Il faut donc prévenir les malades contre les dangers d'une alimentation excessive. Un des malades de l'auteur doubla de poids (de 30 à 60 kg.) en un an.

L. Jumon.

La pathogénie et le traitement du prolapsus du rectum, par le professeur Jeannel (*La Province médicale*, 8 juin 1907). — Dans ce travail très documenté l'auteur admet trois degrés de prolapsus. Un premier degré est anatomiquement caractérisé par le relâchement du méso-rectum, c'est-à-dire du territoire pelvien inférieur, du fascia recti et de ses dépendances, aboutissant au redressement par exemple des courbures rectales ; ce prolapsus mesure de 6 à 8 centimètres.

Un deuxième degré est caractérisé par le relâchement du méso-rectum, c'est-à-dire du péritoine pelvien et du fascia recti, joint au relâchement du méso-côlon permettant la descente de l'anse pelvienne à la suite du rectum ; le prolapsus commence approximativement au delà de 8 centimètres.

Enfin le prolapsus du troisième degré, ayant les mêmes caractères anatomiques, est de plus caractérisé par ce fait que l'anse pelvienne, complètement redressée et devenue rectiligne, fait elle-même hernie à travers l'anus : le prolapsus commence vers 18 ou 20 centimètres.

Tous ces prolapsus présentent de l'insuffisance du sphincter. Celle-ci est primitive ou secondaire. Primitive, il faut avant tout la traiter chirurgicalement sous peine de voir échouer tous les procédés thérapeutiques médicaux ou chirurgicaux dirigés contre ce prolapsus. Secondaire, il est inutile d'instituer contre elle un traitement chirurgical, car elle disparaîtra avec les

causes qui ont engendré le prolapsus. Dans bien des cas il suffira de guérir la rectite chronique ou aiguë, génératrice du prolapsus, pour rendre aux muscles du périnée leur tonicité, aux liens suspenseurs du rectum leur rigidité et leurs dimensions. Si l'insuffisance sphinctérienne ou le relâchement des moyens de fixité pelviens sont devenus définitifs, il faut intervenir chirurgicalement. C'est au chirurgien de saisir les indications.

Dans un prolapsus du premier degré dépendant du relâchement du méso-rectum c'est la rectopexie qui convient, la colopexie serait inefficace. Celle-ci conviendra dans le prolapsus du deuxième et du troisième degré avec ou sans anus artificiel, suivant que la rectite aura ou non résisté au traitement médical préalable.

Il faut toujours traiter à fond la rectite avant d'intervenir, afin de préparer la guérison avec ou sans opération et prévenir l'échec opératoire.

Enfin, comme conclusion, la rectopexie et la colopexie ne sont pas deux opérations rivales; leurs indications sont bien déterminées et chacune d'elles convient à l'un et non à l'autre cas.

L. Jumon.

Traitement de la fissure à l'anus par le permanganate de potasse. par K. A. Schultz (*Praktitchesky Vratch*, 1907, n° 10). — Il y a quelques années, un confrère américain, Lewis, avait préconisé de traiter la fistule à l'anus par des badigeonnages au permanganate de potasse concentré. Schultz, après avoir essayé ce procédé, s'en est si bien trouvé qu'il l'a adopté, à l'exclusion de tout autre, mais en le modifiant. En effet, au lieu d'appliquer le permanganate, après anesthésie à la cocaïne, sur toute la région où siège la fissure (ce qui détermine une irritation de la muqueuse), comme dans le procédé de Lewis, il se borne à badigeonner rien que la fissure et peut de la sorte se passer d'insensibilisation locale. Des 54 cas qu'il a ainsi traités, 49 ont guéri, 4 ont été perdus de vue et dans un seul (fissures multiples, très invétérées, entre bourrelets hémorroïdaires), la guérison n'a pu être obtenue.

Voici en quoi consiste la façon de procéder de Schultz. Après avoir tenu le malade, pendant quelques jours, à un régime alimentaire (aidé, si besoin est, de l'emploi de certains médicaments visant à obtenir des selles molles, mais non pas liquides, ces dernières déterminant, en cas de fissure, des douleurs à la défécation encore plus fortes que lors du passage de matières dures), on pratique, d'abord, l'examen de la région anale dans la position génu-pectorale du malade, sans anesthésie locale préalable.

Ayant bien écarté les fesses, on invite le sujet à relâcher son sphincter et à faire saillir la muqueuse rectale, ce qui réussit sans difficulté si l'on encourage le malade à évacuer les gaz, sans se gêner. Avec les doigts, on déplisse et on étale bien les plis de la muqueuse, et on peut alors apercevoir facilement toutes les fissures, même la moindre, qui, chez les hommes, sont situées, le plus souvent, à la partie postérieure de l'anneau anal, tandis que, chez les femmes, elles se localisent, de préférence, à sa partie antérieure. Ces fissures peuvent siéger entre les plis de la muqueuse seulement ou bien elles se prolongent sur la peau de la région anale. Dans ce dernier cas, les téguments au voisinage de la fissure forment une sorte de bourrelet ou de papule que les malades, parfois même les médecins, prennent pour une tumeur hémorroïdaire.

Le badigeonnage des fissures est fait, dans la même position génu-pectorale, au moyen d'un petit stylet de bois, armé d'un très petit tampon de coton, imbibé de solution concentrée de permanganate de potasse. On ne badigeonne que la fissure sur toute sa longueur, en évitant de laisser fuser la solution médicamenteuse sur la muqueuse environnante. Chaque fissure est badigeonnée une seule fois par séance. Ces attouchements sont renouvelés chaque jour.

Le malade se sent soulagé dès la seconde ou la troisième application de permanganate, sans qu'on lui ait administré de narcotiques. Le spasme du sphincter anal s'amende rapidement, de même que les douleurs, et la cicatrisation ne tarde pas à se produire. Suivant le degré d'ancienneté de la fissure, ce résultat est obtenu après onze à vingt-huit badigeonnages quotidiens.

A l'examen objectif, l'action du permanganate se manifeste quelque peu différemment, suivant qu'il s'agit de fissures « tolérantes » ou intolérantes (d'après la classification de Lisfranc). Les premières cessent vite de saigner; leur infiltration inflamma-

toire se dissipe, puis elles s'épidermisent. Les secondes perdent leur enduit pultacé ; leurs granulations atoniques se transforment en bourgeons charnus de bon aspect, l'infiltration inflammatoire disparaît et, enfin, la cicatrisation s'établit. Le pli autour de l'extrémité cutanée de la fissure s'efface à son tour. La cicatrice est souple.

Il y a lieu de faire ressortir, en terminant, qu'un cinquième des malades de l'auteur souffraient d'hémorroïdes. Dans ces cas, la fissure siège, d'habitude, profondément, entre deux tumeurs hémorroïdaires et peut ainsi échapper à un examen superficiel.

Lorsqu'un hémorroïdaire se plaint de douleurs après défécation, persistant pendant plusieurs heures, ce fait suffit, à lui seul, pour établir le diagnostic de la fissure anale qui exige alors un traitement à part de celui des hémorroïdes.

V. DE HOLSTEIN.

Traitement des plaies du poumon avec hémorragie grave (*Soc. de chir.*, 5 juin 1907). — Rapport de M. DELORME sur deux cas communiqués par MM. Ombredanne et Duval. Ces cas sont presque similaires ; il s'agissait de tentatives de suicide par coups de revolver dans la région du cœur. M. Ombredanne intervint moins d'une heure après l'accident, sur des signes d'hémothorax indubitable. Il fit la thoracotomie, qui lui permit de pratiquer la ligature en masse sur deux plaies du poumon qui saignaient. La plèvre fut vidée et le péricarde inspecté sans résultat. L'opérateur rabattit le volet thoracique et draina pendant quarante-huit heures. Le blessé guérit sans incident.

M. Delorme tire argument de ces faits pour appuyer sa conviction que, dans les blessures pénétrantes du poumon compliquées d'hémothorax, l'intervention directe suffisamment large est le seul moyen d'empêcher le blessé de succomber par hémorragie. Il attache surtout de l'importance aux signes physiques plutôt qu'aux signes fonctionnels alarmants. L'apparition d'une hémoptysie grave par ailleurs justifiera toujours l'intervention directe.

A. BENOÎT.

Traitement des congélations par l'hyperémie artificielle, par CARL RITTER (*Münch. med. Woch*, 7 mai 1907). — Le traitement hyperémique a été employé ici sous deux formes : la stase par la bande et l'air chaud. Le premier mode convient particulièrement pour les cas aigus et pour les congélations chroniques chez des personnes qui ne sont pas trop affaiblies.

La durée de la stase doit varier de huit à douze heures par jour. Dans les premiers temps on la prolonge même pendant la nuit, avec une interruption de deux heures au moins. Si la stase a produit un œdème intense on maintient le membre élevé un temps court. Les parties congelées soumises à la stase deviennent rouge clair, le reste du membre prend une coloration cyanosée.

La stase ne donne pas de résultat si l'on n'obtient qu'un léger œdème, ce qui arrive le plus souvent chez les sujets âgés ; dans ce cas il faut recourir le plus tôt possible à l'air chaud. L'action de la stase sur les régions gelées est toujours favorable, jamais l'auteur n'a constaté d'aggravation. Les cicatrices existantes ne se rouvrent pas, même quand elles sont gorgées de sang veineux. Les ulcérations secrètent d'abord activement, leur fond se déterge, les granulations bourgeonnent plus vite et la cicatrisation est plus rapide. La démarcation des parties gangrenées se fait vite et celles-ci s'éliminent plus activement. Dans les engelures, les engorgements se ramollissent et se résolvent. La douleur disparaît parfois presque instantanément : il en est de même des démangeaisons incommodes.

L'hyperémie artificielle agit aussi très favorablement sur la susceptibilité du malade aux changements de température. La mobilité des membres augmente remarquablement, surtout après une longue application de la bande.

L'air chaud ne convient pas à toutes les congélations : il donne de bons résultats surtout dans les formes chroniques. L'air chaud, dans ces cas, surpasse tous les autres moyens, l'eau chaude, le massage, la teinture d'iode, etc.

Pour que l'application de l'air chaud soit efficace, elle doit être très intense. Mais les malades ressentent très péniblement l'action de la chaleur et cherchent à s'y soustraire trop tôt. Certains éprouvent des malaises, parfois un état lypothymique ; il faut procéder alors progressivement jusqu'à la durée voulue. Après la séance l'auteur recommande une douche froide ou une friction avec un linge mouillé, pour éviter la production d'œdème.

Enfin l'application de l'air chaud chez les sujets prédisposés peut être conseillée comme moyen prophylactique.

L. JUMON.

Des lambeaux-fenêtres dans les greffes épidermiques (*Sem. méd.*, 1901, p. 208; 1906, p. 212; 1907, p. 180). — On sait la difficulté qu'il y a à éviter, après une greffe, que les lambeaux soient soulevés et comme décollés par le suintement ou la suppuration. On a signalé l'avantage du pansement des greffes épidermiques *en deux parties*. L'une maintient les lambeaux en place; tandis que l'autre est amovible et peut être renouvelée tous les jours. Un nouveau perfectionnement vient d'être apporté par M. K. VOGEL (de Dortmund) à ce pansement. Il consiste à pratiquer, avec des ciseaux de Cowper, une série de petites « fenêtres » *sur les lambeaux eux-mêmes*. On en fait 2 par centimètre carré, en appuyant les ciseaux entr'ouverts sur les greffes et rapprochant les branches. Ces petits trous de 2 millimètres livrent passage à la sécrétion. Il faut donc appliquer sur les greffes une compresse de gaze stérilisée pliée en quatre et imbibée de solution salée physiologique. On la fixe avec du taffetas anglais, qui a l'avantage de bien adhérer à la peau alentour. Puis on recouvre le tout avec un pansement humide ordinaire fixé par des bandes et qui peut être changé tous les jours. Le 4e jour seulement, on peut enlever et renouveler la compresse de gaze. La cicatrisation des petites « fenêtres » se fait rapidement.

A. BENOÎT.

La question de la quantité dans les injections de sérum après les hémorragies post-traumatiques ou post-opératoires, par BOUCHET (*Le Bulletin médical*, 4 mai 1907). — On pense en général que dans des cas de ce genre des quantités de 500 et même 1.000 grammes à la fois sont nécessaires pour parer aux accidents causés par la spoliation sanguine. Ce raisonnement est faux parce que le sérum n'agit pas mécaniquement, mais par une action réflexe se faisant sentir sur le système vaso-constricteur. Les injections à fortes doses sont donc inutiles, et souvent même nuisibles, car l'élimination de l'excès de sérum devient nécessaire et le système régulateur du sang se trouve surmené. L'eau en excès augmente brusquement la tension sanguine, d'où reproduction facile des hémorragies, et le chlorure de sodium provoque de la rétention chlorurée (oligurie, même crises d'asystolie aiguë, œdème pulmonaire).

C'est avec 100 ou 200 grammes qu'on obtient les meilleurs résultats : l'injection a alors une action tonique sur le système nerveux. On ne fera qu'une injection par jour, et l'on choisira de préférence l'eau de mer isotonique.

L. JUMON.

Traitement des infections locales, par HENRY WIEDER (*The Therapeutic Gazette*, 15 mai 1907). — Dans ce travail l'auteur résume les résultats d'une longue pratique et termine par les conclusions suivantes :

Les cataplasmes, les antiphlogistiques, etc. sont inutiles dans le traitement des infections locales et sont même nuisibles en augmentant la destruction des tissus et en retardant l'emploi des traitements efficaces.

L'incision immédiate au niveau du point le plus douloureux doit toujours être pratiquée en la faisant suivre d'une cautérisation à l'acide phénique pour détruire le foyer d'infection locale : on applique ensuite un pansement au sublimé.

En cas de suppuration, il faut inciser largement et faire un drainage humide.

Le drainage sec, surtout lorsqu'il est employé avec des poudres coagulantes, est inefficace et nuisible, parce qu'il détermine la formation de croûtes et oblitère la cavité.

Certains cas, surtout lorsqu'on se sert du drainage, doivent subir un nettoyage trois fois par jour avec la solution de sublimé chaude. Si l'usage de cette solution paraît être dangereux on peut se servir de la solution saline chaude.

On ne doit pas se servir de tissu imperméable sur les pansements humides, parce que ces derniers offrent alors les mêmes inconvénients que les cataplasmes chauds.

Il ne faut jamais faire de suite le curettage des infections locales, sauf pour les anthrax qui doivent toujours être curettés et touchés avec de l'acide phénique.

La gaze trempée dans le bichlorure constitue de bons tamponnements.

Les infections palmaires des doigts et des mains sont plus sérieuses que les infections dorsales.

En incisant les infections palmaires des doigts, il faut continuer l'incision jusqu'à ce

qu'on rencontre le pus ou l'os et opérer sans attendre.

La méthode de Bier mérite d'être essayée, surtout dans les cas de panaris légers du type cutané ou para-unguéal.

L. JUMON.

Appareil pulmonaire.

Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Sur le traitement de l'hémoptysie, par REICHE (*Münch. med. Woch.*, 21 mai 1907). — Le traitement doit tenir compte de trois points : assurer le repos le plus complet à l'endroit où siège l'hémorragie, placer les conditions circulatoires du poumon dans des conditions favorables à la coagulation et modifier l'état du sang de manière à produire une rapide occlusion du vaisseau ouvert par la coagulation. Les deux premières indications sont assurées par le repos corporel et psychique, vessie de glace, morphine, etc.; mais l'auteur fait surtout ressortir l'importance du traitement digitalique. L'adrénaline, l'acétate de plomb, le tannin, le perchlorure de fer, l'ergotine, le nitrite d'amyle n'ont pas donné à l'auteur de résultats bien notables. Il a ensuite cherché à activer la coagulation du sang par l'introduction de la gélatine, mais les résultats qu'il a obtenus n'ont pas été très encourageants. Par contre, un médicament qu'il a essayé dans plus de trois cents cas dans ces dernières années a paru avoir une efficacité beaucoup plus grande : c'est le chlorure de calcium, qui a été donné d'abord aux doses quotidiennes de 1 gramme en trois doses. Plus tard, Reiche est allé jusqu'à 4 grammes par jour. Le médicament peut être associé à la digitale, la morphine, etc. Il ne représente pas tout le traitement médicamenteux de l'hémoptysie, mais il le complète. Le chlorure de calcium est peut-être l'élément actif spécifique de la gélatine. Les hémorragies pulmonaires qui s'arrêtent d'elles-mêmes font qu'il est très difficile de juger l'efficacité d'un médicament.

L. JUMON.

Traitement des hémorragies internes, par WERLEY (*The therapeutic Gazette*, 15 mai 1907). — Le traitement des hémorragies internes est très peu satisfaisant. Pour assurer la formation d'un caillot obturateur, la présence des sels solubles de calcium est indispensable. On peut favoriser la formation du caillot en ralentissant le courant sanguin et en abaissant la pression sanguine. Dans quelques cas comme dans les hémorragies intestinales ou cérébrales, on peut dériver le sang dans d'autres parties du corps. On évitera de donner de l'adrénaline dans l'hémorragie cérébrale et dans l'hémorragie pulmonaire. Il est irrationnel aussi de donner de l'ergot et d'autres vaso-constricteurs.

Cependant on pourra avoir recours aux stimulants cardiaques, lorsque le cœur présente des lésions valvulaires qui entraînent une augmentation de pression sanguine dans les poumons; leur usage dans ce cas amenant un abaissement de la tension vasculaire dans la petite circulation, ce qui favorise l'arrêt de l'hémorragie pulmonaire. La saignée du bras est également ici un procédé rationnel.

Si le cœur est normal le traitement doit être dirigé de manière à abaisser la pression et à ralentir le courant sanguin. Le repos au lit calmera le cœur et abaissera la fréquence des pulsations. La morphine sans atropine sera très utile pour calmer le malade et diminuer la tension vasculaire. Pour les mêmes raisons, l'aconit, le chloral la nitro-glycérine et le nitrite d'amyle sont indiqués. Si l'hémorragie persiste, il faut continuer l'usage du chlorure ou du lactate de strontium, aux doses de 3 à 6 grammes en quelques heures, puis on interrompt le traitement. Les styptiques et les astringents, comme le tannin, l'acide sulfurique, ne peuvent atteindre le point saignant à l'état de concentration suffisante pour être utiles.

Dans l'hémorragie intestinale on peut utilement recourir à l'ergot, à la digitale, au strophantus, aux sels de baryum et aux sels de plomb, qui agissent spécialement sur les vaisseaux de l'intestin. Le repos sera absolu ; on supprimera momentanément l'alimentation et on donnera de l'opium pour calmer le péristaltisme intestinal. Comme astringent on donnera 0,30 centigr. d'acétate de plomb toutes les heures ou encore de l'ergot de seigle. Les bains de pieds chauds et les lavements de solution

saline sont indiqués. On peut donner les sels de calcium pour hâter la formation des caillots. Le tannin, le sous-sulfate de fer peuvent se donner, mais n'ont pas une action locale astringente bien marquée.

L. JUMON.

Traitement de l'insuffisance tricuspidienne, par R. CRAWFURD (*The Practitioner*, juin 1907). — Comme dans l'insuffisance mitrale, le traitement de l'insuffisance tricuspide comporte deux indications principales: diminuer la résistance et augmenter la force contractile du ventricule droit. Le repos est l'agent de traitement le plus essentiel et, seul, il peut suffire à rétablir l'équilibre. Le repos doit être d'abord complet au lit et ne doit être interrompu que lorsque l'amélioration devient marquée. Le meilleur auxiliaire du repos est la digitale qui en outre agit puissamment sur le ventricule droit comme sur le ventricule gauche. Dans les cas graves on doit la donner avec précaution, c'est-à-dire après qu'une purgation a d'abord déchargé le système veineux. On associe la digitale avec des stimulants à action rapide, tels que la strychnine, l'acétate d'ammoniaque, l'éther.

Le calomel est probablement le meilleur purgatif à employer, car il semble avoir une action diurétique lorsque la pression sanguine est basse. La digitale doit être donnée d'abord à petites doses et croissantes, de manière à laisser à la circulation pulmonaire le temps de s'accommoder à la contraction plus forte du ventricule droit. Faute d'observer cette précaution, on a vu survenir des hémoptysies. Il est remarquable en général de voir la rapidité avec laquelle, sous l'influence du repos et de la digitale, la circulation se rétablit, la diurèse se relève et l'hydropisie disparaît. En même temps le souffle et le poul veineux systolique disparaissent. Parfois, la diurèse se rétablit mal : on peut alors donner de la théobromine ou de la caféine avec du salicylate de soude. En cas d'ascite et d'anasarque, on ne peut bien agir sur l'hydropisie qu'en pratiquant la paracentèse et des ponctions ou des incisions aux membres inférieurs. On voit alors la diurèse se rétablir plus rapidement.

Dans d'autres cas, c'est la dyspnée et la cyanose au moindre effort qui dominent; une saignée suivie des stimulants diffusibles donne alors les meilleurs résultats. L'insomnie est la conséquence de la stase veineuse; comme elle épuise les malades, il faut la combattre par la morphine en injections sous-cutanées ou en suppositoires : on l'associera avantageusement à la strychnine. La morphine doit être donnée à dose suffisante et par-dessus tout on évitera le trional, le sulfonal, la paraldéhyde, qui dépriment le cœur ou excitent les vomissements.

Pour combattre les vomissements chez les malades atteints d'insuffisance tricuspide, il faut décharger la circulation porte, surtout par le calomel associé à une égale quantité de bicarbonate de soude. Les purgatifs salins sont vomis trop facilement. Enfin on peut appliquer avec avantage des sangsues sur la région du foie.

L. JUMON.

Traitement des aortites aiguës, par L. MAYET (*La Province médicale*, 8 juin 1907). — L'aortite aiguë, presque toujours secondaire, reconnaît pour causes habituelles la la fièvre typhoïde, la variole, le rhumatisme, la grippe, infection puerpérale, etc., les inflammations des méninges et parfois le traumatisme. Le traitement fera appel aux éléments suivants :

Révulsion variée et soutenue, sangsues, ventouses scarifiées sur la région précordiale, teinture d'iode chloroformique, petits vésicatoires, morphine, marteau de Mayor, pas de pointes de feu.

Pour combattre la dyspnée et la douleur : opiacés, si l'état du rein ne s'y oppose pas, bromure de strontium à la dose de 1 ou 2 grammes par vingt-quatre heures, associé ou non aux préparations de valériane, sirop et pilules de belladone (de 1 à 3 pilules de deux centigrammes d'extrait) inhalations d'éther et sirop d'éther à l'intérieur. Ventouses sèches et cataplasmes sinapisés sur la poitrine et dans le dos.

Comme traitement causal ou spécifique, l'iodure de potassium à la dose de 0,40 centigr. par jour pendant les vingt premiers jours de chaque mois; le salicylate de soude et la médication mercurielle peuvent être indiqués. L'arsenic ne doit être donné qu'avec ménagement.

Dans l'aortite végétante ou infectante on aura recours aux frictions et aux injections intra-veineuses de collargol à 15 p. 100 en friction pendant 15 minutes ou 5 à 15 cc.

de la solution stérilisée à 2 p. 100 pour injection intra-veineuse.

Contre l'œdème aigu du poumon, saignée générale, révulsion énergique sur la poitrine et les membres inférieurs, caféine, acétate d'ammoniaque.

Dans l'angine de poitrine, injection de morphine associée à l'atropine, inhalations de nitrite d'amyle, trinitrine à l'intérieur. Injections d'huile camphrée, de caféine, d'éther dans la défaillance cardiaque.

Repos complet, régime lacto-végétal, pas de boisson alcoolisée ni de tabac.

L. JUMON.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chorée traitée par le valérianate d'ammoniaque, par MOSSÉ (*Archives médicales de Toulouse*, 15 juin 1907). — L'auteur rappelle d'abord que parmi les nombreux agents médicamenteux préconisés dans la chorée, la valériane et ses composés, après avoir rencontré d'abord assez de faveur, sont aujourd'hui tombés dans un oubli à peu près complet et qui semble injustifié, ainsi qu'en témoigne l'observation suivante. Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans ayant déjà eu à huit ans une atteinte de chorée à la suite d'une morsure et sujette depuis lors à des tremblements. L'auteur prescrivit les bains tièdes et l'antipyrine à la dose de 2 grammes par jour, puis il essaya la suggestion en menaçant la malade de l'isoler ; mais ces moyens n'eurent qu'un résultat médiocre. Après un essai infructueux du bromure et de l'arsenic pendant huit jours, M. Mossé, tenant compte des conditions étiologiques et du nervosisme de la malade, eut recours au valérianate d'ammoniaque et aux douches. Une amélioration très rapide survint qui ne fit que s'accentuer jusqu'à la guérison complète et sans rechute depuis ce moment. La valériane semblerait donc donner de meilleurs résultats que les autres nervins dans les chorées survenant au moment de la puberté, lorsque le nervosisme semble jouer un rôle beaucoup plus important que le rhumatisme.

L. JUMON.

Emploi externe de l'adrénaline dans les névralgies, les névrites et les douleurs réflexes, par GUY CARLETON (*The thérap. Gaz*, 15 mai 1907). — L'auteur a obtenu d'excellents effets de frictions faites avec une pommade à l'adrénaline, le plus souvent avec une quantité très minime, soit deux gouttes de la solution au millième. Le traitement ne réussit pas dans les névralgies d'origine toxique, telles que celles qui dépendent du paludisme, du diabète, du saturnisme, de la toxémie intestinale et dans certaines névralgies d'origine dégénérative comme les douleurs tabétiques.

Les bons résultats ont été obtenus surtout dans les névralgies et les névrites fonctionnelles des différents nerfs. Les intervalles entre les attaques deviennent plus longs, jusqu'à ce que les accès cessent. L'action spécifique de l'adrénaline dans les névralgies et les névrites fonctionnelles est si constante que son échec indique qu'il s'agit de névralgie réflexe ou d'autres conditions. Des résultats favorables ont également été obtenus dans l'achillodynie, le vaginisme, le zona, le lumbago, les douleurs utérines.

Les douleurs de la goutte, du rhumatisme articulaire et musculaire et parfois des contusions sont calmées presque complètement par les applications externes d'adrénaline.

La quantité d'adrénaline employée pour calmer une névralgie, surtout des nerfs profonds comme le sciatique, est trop petite pour agir par l'ischémie ou des variations de la pression sanguine. Certains cas semblent montrer qu'il se produit une régénération des nerfs sous l'influence du traitement.

L. JUMON.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

Extraction d'un corps étranger de la bronche par trachéotomie, par VAN SWIETEN (*Ann. de l'Institut chirurg. de Bruxelles*, novembre 1906). — Une fillette de onze ans avale, en jouant, un petit ballon auquel était adapté un sifflet de bois ; crise de suffocation immédiate mais passagère, puisque l'auteur trouve l'enfant, un quart d'heure

après, avec une respiration normale et sans altération de la voix ; la glotte et la trachée étaient libres.

Au moment où on pratiquait la radioscopie, l'enfant est prise d'une dyspnée très intense qui menace de l'étouffer.

Une trachéotomie très basse est pratiquée aussitôt et en un temps : l'incision est agrandie et descend jusque près le sternum ; l'exploration de la trachée avec la pince ne révèle rien.

On était sur le point de placer une canule trachéale, malgré la persistance d'une mauvaise respiration, lorsque excitant à nouveau la muqueuse pour faire tousser la malade, l'opérateur vit passer dans la lumière de la trachée une sorte de gros caillot noir qui fut saisi : c'était le ballon ; mais le sifflet était remonté vers le larynx et était redescendu dans les bronches ; un instant après, il fut retiré à son tour.

La trachée fut suturée dans sa partie inférieure et une canule fut mise en place pour quarante huit heures, en raison de l'emphysème sous-cutané qui s'était produit pendant les manœuvres d'extraction ; la guérison se fit rapidement et sans incidents.

Dans un cas de Gorodceki, en 1900, il fallut recourir à l'excitation de la muqueuse pour voir apparaître le corps étranger qui était un bouton en or.

A remarquer le répit entre deux accès de suffocation qui était le symptôme le plus marquant pour dénoncer la présence du corps étranger dans les bronches.

La forme cylindrique et lisse de l'objet explique sa facilité à se déplacer et à glisser de la trachée dans les bronches et réciproquement.

A. Courtade.

Contribution au traitement du noma, par V.-J. Pomialovski (*Vratchébnaya Gazeta*, 1907, n° 20). — En Russie, le noma est traité, d'habitude, par le procédé de Kissel, qui donne, paraît-il, d'excellents résultats dans cette redoutable affection. Il consiste à curetter la plaie de façon à la débarrasser de tous les tissus morbides, puis à la laver abondamment avec une solution chaude de permanganate de potasse à 0,10 ou 0,40 p 100, à la frotter ensuite d'iodoforme et, enfin, à la tamponner avec la tarlatane iodoformée. Pomialovski a trouvé avantage à modifier le procédé de Kissel, en ce sens surtout qu'après le curettage il cautérise énergiquement la plaie avec la teinture d'iode (au lieu de la frotter à l'iodoforme) : le tamponnement à la tarlatane iodoformée est ensuite appliqué.

Le curettage est pratiqué une ou, tout au plus, deux fois au cours du traitement. Quant au badigeonnage à la teinture d'iode et au tamponnement iodoformé, ils sont renouvelés chaque jour jusqu'à ce que la plaie commence à se recouvrir de bourgeons charnus d'aspect sain.

V. de Holstein.

Traitement de la laryngite tuberculeuse par la stase veineuse d'après Bier, par L.-G. Svergevsky (*Comptes rendus des travaux du Congrès des médecins russes en mémoire de Pirogoff*. Édition Ettinger, 1907). — L'auteur a traité 17 cas de tuberculose du larynx par la stase veineuse réalisée au moyen d'un lien constricteur cervical. L'effet de ce procédé fut des plus favorables sur la dysphagie, les douleurs à la déglutition n'ayant pas tardé à s'amender. Mais cette amélioration, après avoir atteint un certain degré, d'ailleurs variable suivant le cas, ne progressait plus malgré la continuation énergique du même traitement. Il n'en résulte pas moins que la méthode de Bier est une ressource de plus contre la dysphagie qui, dans le syndrome de la laryngite tuberculeuse, constitue le trouble le plus pénible.

V. de Holstein.

Otite moyenne suppurée et paralysie faciale à droite : à gauche paralysie de l'orbiculaire et du frontal d'origine traumatique, par Lavrand (*Journ. des sc. méd. de Lille*, septembre 1906). — On présente à l'auteur un enfant de quinze mois atteint d'otite moyenne droite suppurée, avec paralysie faciale complète et gonflement phlegmoneux derrière l'oreille ; la mère demandait un certificat attestant que cet état était la suite d'un traumatisme.

Tout d'abord, on ouvre l'antre qui ne contient pas de pus ; la plaie opératoire guérit en trois semaines et la suppuration cesse au bout de deux mois. M. Lavrand ne crut pas pouvoir délivrer un certificat dans le sens où la mère le demandait, car il n'avait relevé, au début, ni ecchymose, ni trace de coups. Il se demandait si un traumatisme était capable de déterminer l'affection observée chez l'enfant lorsqu'un nouveau cas,

qui se présenta à lui, vint en démontrer la possibilité.

Il s'agit d'un mineur de vingt-trois ans qui, dix jours avant, a été la victime de l'accident suivant : pendant qu'il était accroupi il a reçu sur la tête un gros caillou, détaché du plafond de la galerie, qui l'a frappé sur le côté droit de la tête, au niveau de l'oreille ; la tête a été projetée contre le sol sur la face opposée, la gauche.

A l'examen, l'auteur constate une paralysie faciale totale à droite, et une paralysie de l'orbiculaire et du frontal à gauche. L'audition est abolie à droite et affaiblie à gauche ; il y a de l'otite moyenne suppurée à droite.

La rapidité d'apparition de la paralysie faciale permet d'admettre qu'elle est plutôt due au traumatisme qu'à l'infection du canal de Fallope ; on ne peut invoquer une lésion centrale puisque le facial droit est paralysé dans toutes ses branches et, de plus, il n'existe aucun trouble cérébral.

Quant au côté gauche qui a frappé contre le sol, la paralysie n'atteint que les branches supérieures du facial : or, dans les paralysies centrales, c'est le facial inférieur dont les fonctions sont troublées. On comprend que les filets supérieurs, moins bien protégés que les inférieurs, ont seuls pu être atteints par le traumatisme.

L'auteur pense qu'on a donc le droit de considérer les paralysies qui atteignent le facial droit et le facial gauche à des degrés divers comme des paralysies périphériques d'origine traumatique.

A. Courtade.

Labyrinthite blennorragique aiguë double ; ponction lombaire, par A. Hébert (*La Normandie médicale*, 1er juin 1907). — Il s'agit d'un garçon de vingt ans qui, atteint depuis plusieurs années d'une obstruction tubaire, d'ailleurs presque guérie, devint subitement sourd le même jour qu'il fut atteint d'une épididymite blennorragique.

Celle-ci guérit, mais la surdité persista et s'accompagna d'un vertige grave. L'auteur soupçonna une labyrinthite blennorragique, diagnostic qui fut confirmé par M. Lermoyez. Les injections de pilocarpine n'avaient pas donné de résultat et l'auteur proposa la ponction lombaire qui fut conseillée par M. Lermoyez.

D'après ce dernier, la ponction dans ce cas a beaucoup de chance de diminuer le vertige, en la faisant copieuse, de 15 centimètres cubes environ. Les injections de pilocarpine sont excellentes, mais il faut en faire beaucoup, vingt au moins, de deux jours en deux jours. Les injections sous-cutanées de strychnine ont beaucoup moins de chance de succès. Enfin, M. Lermoyez recommandait aussi de faire faire des exercices acoutisques, d'abord avec les sons musicaux.

M. Hébert fit alors une ponction lombaire et recueillit 18 centimètres cubes de liquide. Le malade garda le lit tout le jour, eut une violente céphalée et un vomissement. Le quatrième jour le malade n'avait plus aucun vertige et croyait avoir moins de bourdonnements d'oreilles. Les injections de pilocarpine furent commencées et après la vingtième il n'y avait aucune amélioration de l'ouïe. La surdité persista depuis, malgré les tentatives de rééducation. Il n'en reste pas moins que la ponction lombaire a exercé une action curative immédiate et définitive sur le vertige.

L. Jumon.

Ophtalmologie.

Dr DARIER

Ancien Président de la Société d'Ophtalmologie.

Traitement de la cataracte commençante par les injections sous-conjonctivales de K. I., par Pfluck (*Klinische Monatsbl.*, oct. 1906) — Après avoir anesthésié la conjonctive en plaçant un morceau d'ouate imbibé de cocaïne sur le point où doit être faite l'injection, Pfluck injecte sous la conjonctive une solution de NaCl et K. I., 2 p. 100 de chaque avec addition d'une goutte d'acoïne à 1 p. 100. Il répète ces injections tous les jours ou tous les deux jours, et de temps à autre il fait, ce que nous recommandons toujours, des applications de poudre de dionine.

L'auteur se plaint, en passant, d'avoir de temps à autre de légères nécroses conjonctivales ; j'en ai depuis dix ans donné la raison : c'est que l'injection a été faite trop près du limbe et a détaché l'arcade des capillaires péricornéens (*arcus vasculosus*) ; c'est pourquoi il faut, en général, éviter les injections en bas de la cornée : le lieu

d'élection est le cul-de-sac supérieur, beaucoup plus profond, permettant de faire l'injection très loin de la cornée.

Bref, pendant un mois, une injection est faite presque tous les jours (si la précédente est bien résorbée), puis après un repos de quinze jours, une nouvelle série est entreprise. Les résultats sont encourageants: régression des opacités cristalliniennes, amélioration de l'acuité visuelle, et l auteur conclut que : « nous possédons dans le moyen indiqué d'abord par les auteurs français un moyen précieux de faire régresser les opacités cristalliniennes ».

A. Darier.

Traitement du trachome par le radium et l'acide iodique, par le Dr Schiele (*Die Heilkunde*, oct. 1906). — Dans un assez long article, l'auteur plaide en faveur de l'*acide iodique* qu'il estime le meilleur topique contre la conjonctivite granuleuse ; mais il dit aussi du bien du radium qu'il a employé avec beaucoup de succès. Il s'est servi d'un tube contenant un milligramme de *bromure de radium* et pratiquait pendant dix minutes par jour une sorte de massage des surfaces granuleuses (c'est le procédé que nous employons nous-même journellement). Il a vu par ce traitement les granulations diminuer rapidement de volume et disparaître pour faire place à une dépression sans cicatrice appréciable.

De tous les moyens de traitement connus jusqu'ici, le radium serait celui qui laisse les cicatrices les plus minces et les plus souples quand il en laisse, parce que les leucocytes et le tissu adénoïde des granulations se résorbent très lentement et qu'il ne produit aucune action irritative.

L'action résolutive sur les tissus glandulaires et lymphoïdes de l'iode est dès longtemps connue : il était assez naturel de penser que cette action pourrait s'exercer sur le follicule trachomateux dont la structure lymphoïde est bien établie. Schiele fait remarquer que le glycogène contenu dans les granulations exerce une attraction sur l'iode.

La première préparation iodée employée contre les granulations a été *l'iodoforme* en pommade à 5 et 10 p. 100 et cela même non sans succès.

En 1895, *Nesnamoff* préconise l'emploi de l'iode dissous dans l'huile de vaseline de 1 à 3p. 100. Schiele s'est aussi très bien trouvé de ce moyen.

D'autres ont employé l'*iode vasogène*, l'*iodogallicine*, le *trichlorure d'iode* en injections sous-conjonctivales. Roselli le premier attira l'attention sur le rôle important de l'*iode à l'état naissant*. Il faisait prendre de l'IK à l'intérieur, puis appliquait sur les granulations du peroxyde d'hydrogène; il guérit ainsi 78 granuleux sur 100. (*La Semaine médicale*, n° 39, 1898.)

Après avoir essayé l'iode sous toutes ses formes, Schiele donne la préférence à l'acide iodique (IO^3H), substance cristallisée blanche, soluble à 5 p. 100 dans l'eau ; en ajoutant quelques gouttes d'eau à l'acide iodique en poudre, on forme une pâte qu'on roule en bâtons qui, après vingt quatre heures, durcissent au point qu'on peut les appointer comme des crayons très commodes pour pratiquer des cautérisations aussi locales, aussi légères ou aussi énergiques qu'on les désirera.

Pour diminuer la douleur causée par les cautérisations au crayon iodé, on instillera de la cocaïne et l'on aura soin de maintenir un moment les paupières retournées pour éviter que la cornée ne soit touchée par l'acide iodique ou l'iode naissant : on lavera même la surface cautérisée avec de l'eau boriquée si on le juge nécessaire. Au contraire, si l'on veut obtenir une action bien marquée, on fera prendre à l'intérieur de l'iodure de potassium pour obtenir un dégagement plus considérable d'iode à l'état naissant.

Par ce traitement, Schiele obtient une guérison rapide du trachome (de un à trois mois).

Les cautérisations au crayon iodique paraissent être très douloureuses a en juger par ces recommandations : de ne cautériser qu'une paupière par séance, pour mettre quelques jours d'intervalle entre chaque cautérisation, de façon à ce que l'œdème de la paupière ait disparu ainsi que la pseudomembrane qui se forme sur la conjonctive.

Aussi faut-il éviter les cautérisations trop fortes, surtout quand il s'agit de trachome aigu, succulent.

Pour calmer les douleurs et hâter la chute des fausses membranes, Schiele s'est bien trouvé de l'application de dionine en poudre.

Il est bon de prévenir les malades du gonflement possible des paupières, etc...,

mais l'amélioration rapide produite par la cautérisation fait vite oublier les inconvénients du traitement.

Dans le trachome suraigu, Schiele préconise également l'*argentamine*; mais il ne paraît pas avoir connaissance de l'*argyrol* qui rend de si grands services; il vante aussi le sophol qui est un formo-nucléinate d'argent.

A. DARIER.

Maladies vénériennes. Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE,
Médecin des hôpitaux.

L'atoxyl dans la syphilis, par LASSAR (*Soc. méd de Berlin*, 15 mai 1907). L'orateur n'obtint au début que des résultats peu marqués; ce n'est qu'après la communication de Salmon (Paris), qu'il essaya des doses plus élevées (0,5 gr. au lieu de 0.2). Le titre de la solution (stérilisée pendant 2 minutes à 100°) est de 10 à 15 p 100.

L'auteur a été étonné de la rapidité des effets obtenus, mais explique par la complexité de la formule de l'atoxyl les accidents qu'il a observés : ceux-ci sont indépendants de la dose injectée, mais tiennent sans doute à un degré plus ou moins élevé d'alcalinité du sang. On voit des sujets supporter à peine des doses minimes, d'autres rester indemnes de toute intoxication avec des doses élevées. L'orateur a en outre enregistré des effets cumulatifs; il recommande en conséquence de ne pas employer l'atoxyl à la légère.

Les sujets traités par l'orateur n'avaient jamais pris ni mercure ni iodure : la guérison des lésions fut rapidement obtenue et la régression des éléments se fit par le même processus que si l'on avait employé du mercure. Il y eut cependant des cas où l'amélioration fut lentement obtenue, et dans un cas d'iritis spécifique, on dut abandonner la médication, qui n'avait pas donné de résultat.

L'orateur termine en conseillant de ne pas encore faire entrer le traitement atoxylé dans le domaine de la pratique courante. Il annonce que ses recherches vont se vérifier spécialement sur le traitement de la syphilis du névraxe, qui reste réfractaire au traitement classique.

E. VOGT.

L'arsenic dans le traitement de la syphilis, par G.-I. MESCHERSKI (*Comptes rendus des travaux du Congrès des médecins russes en mémoire de Pirogoff*, Edition Ettinger, 1907). — A l'heure où l'atoxyl paraît entrer triomphalement dans la thérapeutique de la syphilis, il n'est pas sans intérêt de savoir que les préparations arsenicales vulgaires semblent n'être point dépourvues, également, de propriétés antisyphilitiques. C'est ainsi que l'auteur dit s'être bien trouvé, dans les syphilis malignes, rebelles au mercure, d'une médication iodurée interne, associée aux injections sous-cutanées d'arseniate de soude en solution à 1 p. 100 et à un traitement local des lésions. Il obtenait de la sorte une amélioration rapide des manifestations syphilitiques, ainsi que de la crase sanguine, et, au bout d'un certain temps, ces malades se trouvaient en état de tolérer le mercure qui parachevait la cure.

V. DE HOLSTEIN.

A propos du traitement de la syphilis par l'arsenic, par PLATEAU (*Soc. méd. de l'Élysée*, 6 mai 1907). — Malgré un traitement mercuriel intensif, une jeune femme voyait ses syphilides papuleuses persister avec une grande ténacité et avec une intensité qui les rendait difficiles à dissimuler. L'auteur pensa qu'il y avait d'abord indication à remonter la malade et, à cet effet, supprima le traitement hydrargyrique et pratiqua des injections hypodermiques de cacodylate de soude à cinq centigrammes tous les deux jours. Dès la seconde injection les syphilides avaient considérablement pâli, de sorte qu'avec une simple application de poudre de riz, il était impossible de voir les taches qui, depuis des semaines, étaient impossibles à cacher sous les fards, pommades, poudres, etc. L'état général s'était transformé, l'appétit était excellent et le teint meilleur. Après six injections, il était impossible de retrouver la trace des papules. Le repos médicamenteux absolu fut conseillé, ainsi qu'une hygiène sévère. Environ deux mois après, l'éruption récidivait. Une nouvelle série d'injections de cacodylate eurent les mêmes heureux effets que la première fois. Plus tard encore, la malade fut soumise à un traitement mercuriel par

les pilules de Dupuytren, puis par les injections de benzoate de mercure. Les papules avaient récidivé avec autant d'intensité que lors du premier traitement, mais cette fois les injections de cacodylate ne donnèrent aucun résultat. L'auteur revint au traitement mercuriel, mais, bien que l'état général de la malade fut excellent l'éruption subsiste avec la même ténacité. De cette observation, l'auteur pense conclure que dans certains cas de syphilides cutanées, on peut essayer le traitement par les injections hypodermiques de sel organique d'arsenic.

L'arsenic, s'il blanchit rapidement des éruptions jusqu'alors tenaces et résistantes au traitement hydrargyrique, ne semble pas agir en quoi que ce soit sur la diathèse proprement dite. L'arsenic ne paraît donc pas devoir être substitué systématiquement et d'une façon générale au mercure dans le traitement de la syphilis. M. Balzer a fait remarquer, à propos de cette observation, que l'arsenic à haute dose pouvait bien avoir une action réellement directe sur l'infection syphilitique. Les nouvelles préparations à base d'arsenic dissimulé permettent d'employer ce médicament à très fortes doses et on pourra être fixé d'ici peu sur la valeur de l'arsenic comme spécifique dans le traitement de la syphilis et sur le rang qu'il doit occuper à côté du mercure et de l'iode.

L. Jumon.

Les causes du prurit anal, par Lockhart Mummery (*The Practitioner*, mai 1907). — Le traitement du prurit anal passe pour très ingrat et les malades n'obtiennent généralement qu'un soulagement temporaire. La raison est que nous savons très peu de chose sur les véritables causes de cette affection, bien qu'on se soit beaucoup étendu sur son étiologie. Il faut se rappeler d'abord que le prurit anal est un symptôme et non une maladie.

Pour l'auteur, la cause déterminante est toujours locale et l'état constitutionnel n'a qu'une influence prédisposante.

On examinera d'abord avec soin la région anale, ainsi que l'intérieur de l'anus à l'aide du doigt et du spéculum. Parfois, on ne découvre qu'une très petite ulcération ou une fistule à la base d'une des valvules de Valsava.

On devra diriger le traitement sur ces lésions. On examinera ensuite le rectum, car les fissures, les fistules sous-muqueuses, les petits polypes peuvent être souvent la cause du prurit.

L'humidité de la région anale, cause du prurit, est habituellement déterminée par un écoulement de diverses origines : hémorroïdes internes, petits polypes, prolapsus légers de la muqueuse, fissure, fistule, vers.

La proctite catarrhale est une cause qui passe souvent inaperçue si l'on n'examine pas le rectum à l'aide d'un instrument. La proctite catarrhale hypertrophique s'accompagne d'une sécrétion acide, âcre pour la peau. Cette proctite guérit à la suite d'injections convenables. C'est encore à une proctite catarrhale qu'il faut rapporter certains prurits observés chez les goutteux ou dans la dyspepsie chronique, surtout lorsque les individus prennent de l'alcool ou suivent un régime incorrect.

Dans les cas où le prurit semble dû à une sécrétion sudorale exagérée, il suffit de tenir la région dans un état sec et de prévenir la transpiration pour calmer le prurit.

Dans les cas de très longue durée, il finit par se former entre les plis des fissures qui entretiennent l'irritation.

Pour favoriser le retour de la peau à l'état normal, l'auteur recommande des badigeonnages avec l'acide phénique ou des lotions avec des solutions faibles du même acide.

C'est seulement en recherchant la cause réelle du prurit dans chaque cas qu'on peut arriver à guérir cette affection réputée rebelle.

L. Jumon.

Maladies des voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

De la prostatectomie sus-pubienne en deux temps, par Molin et Thévenet (*Lyon médical*, mars 1907). — Les auteurs proposent, chez les malades très infectés et les cachectiques graves, de pratiquer la cystostomie préalable avant de faire la prostatectomie transvésicale; ils en rapportent une observation séduisante.

Par la cystostomie on désinfecte la vessie

et on décongestionne la prostate; on opère donc ensuite dans un milieu aussi aseptique que possible et l'hémorragie produite par l'énucléation de la glande est bien moins importante. De plus on évite ainsi l'infiltration septique possible de la paroi et de la cavité de Retzius.

M. DESCHAMPS.

Orchite traumatique (*Soc. de chir.*, 29 mai 1907). — Comme suite à la discussion sur l'appendicite d'origine traumatique, l'orchite traumatique est défendue par M. FELIZET qui en a observé des cas chez des amateurs d'escrime, en dehors de toute manifestation blennorragique ou tuberculeuse. *M. Lucas-Championnière* en a aussi observé un cas des plus nets. Tel n'est pas l'avis de MM. Routier, Delorme et Tuffier, qui soutiennent avoir toujours rencontré une uréthrite concomitante. Les cas cités comme orchites traumatiques ne sont pour eux que des *contusions du testicule*.

A. BENOÎT.

Pyonéphrose tuberculeuse, par DUVERGEY (*Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, mars 1907). — Cette observation présente des particularités cliniques intéressantes : l'affection débuta par des phénomènes aigus péritonéaux : l'évolution de la tumeur était antérieure : le diagnostic fut incertain jusqu'à ouverture de l'abdomen. Il s'agissait très probablement d'une hydronéphrose primitive due à une coudure de l'uretère résultant de la ptose du rein gros et lourd. Sur cette hydronéphrose se greffa une infection tuberculeuse.

La néphrectomie fut pratiquée avec succès, le volume de la tumeur n'aurait pas permis de la faire par la voie lombaire : d'ailleurs l'incertitude du diagnostic avait fait préférer d'emblée la voie transpéritonéale.

M. DESCHAMPS.

Hydronéphrose intermittente (*Soc. de chir.*, 5 juin 1907). — Il existe des cas d'*hydronéphrose intermittente* qui peuvent être expliqués par l'abouchement anormal de *l'uretère à la partie supérieure du bassinet*. M. BAZY cite un de ses opérés, chez lequel l'existence de cette disposition l'obligea à faire la néphrectomie. *M. Delbet* croit que la coudure de ce conduit, lorsque le rein s'abaisse dans la ptose rénale, est susceptible de produire les mêmes effets.

A. BENOÎT.

Rupture partielle du rein gauche; néphrectomie partielle; guérison, par LAMBOTTE (*Société belge de chirurgie*, 23 mars 1907). — A la suite d'une chute sur le bord d'un trottoir, un jeune garçon fut pris de syncope et d'hématurie : cinq heures après l'accident on constatait de la défense musculaire dans la région du rein gauche avec une zone étendue de matité, un pouls à 100 et une température de 38°.

On intervint immédiatement et, après avoir évacué de nombreux caillots qui se trouvaient dans l'atmosphère péri-rénale on trouva un rein fortement endommagé : le pôle supérieur était presque complètement écrasé et il existait une large déchirure au niveau du bord postérieur allant jusqu'au hile. Le bassinet étant intact, on décida de conserver le rein ; on réséqua la portion déchiquetée et on sutura au catgut la déchirure du bord convexe, drainage, guérison.

Les trois points à retenir de cette observation sont : 1° la gravité des lésions pour une chute minime; 2° la nécessité d'intervenir promptement; 3° la conservation possible du rein dans certains cas de plaie très étendue.

M. DESCHAMPS.

Position de l'opéré dans les interventions sur le rein, par PAUCHET (*La Clinique*, 22 mars 1907). — La position du malade sur la table d'opération, lorsqu'on pratique une intervention sur le rein, a une importance considérable.

Cette position est triple, c'est-à-dire que le malade doit être à la fois dans le décubitus latéral, en position arquée, et en position inclinée.

Dans le décubitus latéral, la jambe déclive doit être en extension; la jambe supérieure, c'est-à-dire celle du côté malade, doit être fléchie sur la cuisse, et la cuisse fortement fléchie sur le bassin ; le bassin et l'épaule doivent être maintenus. La position arquée est donnée par un coussin de 40 centimètres, ferme, haut de 15 centimètres, large de 4 travers de doigt, placé juste au niveau de l'échancrure costo-iliaque du côté sain, de façon à provoquer l'écartement de l'échancrure costo-iliaque opposée sur laquelle va porter l'incision. Enfin pour empêcher que le rein ne fuie vers le diaphragme, il faut incliner légèrement (de 20 à 40°) le malade en avant, dans le sens opposé à l'inclinaison de Trendelenburg, ce qui est commode avec les

tables à renversement que l'on construit actuellement.

M. DESCHAMPS.

Tuberculose rénale et mariage, par POUSSON (*Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 22 mars 1907). — Théoriquement, une malade qui n'a qu'un rein peut mener à bien une grossesse, pourvu que ce rein soit sain. L'auteur a pu suivre deux malades auxquelles il avait enlevé un rein pour tuberculose et qui, devenues enceintes, accouchèrent normalement; l'une d'elles se plaça même comme nourrice. L'intervention précoce dans la tuberculose rénale peut donc donner des résultats très durables.

M. DESCHAMPS.

Les suppurations rénales dans la grossesse, par BARTH (*Wiener klin. Woch.*, 14 mars 1907). — L'auteur rapporte 3 cas de suppurations rénales pendant la grossesse et en tire les conclusions suivantes :

La pyonéphrose de la grossesse se rencontre presque toujours à droite : elle est due à la compression de l'uretère par l'utérus gravide : la disposition anatomique de l'uretère droit au niveau de son croisement avec l'artère iliaque fait que cette affection est surtout rencontrée de ce côté.

L'infection se fait par la voie sanguine : elle est ordinairement de nature colibacillaire.

La preuve du rôle de la compression urétérale est fournie par ce fait que les fistules lombaires qui persistent après la néphrotomie ne se ferment qu'après l'accouchement, lorsque la compression a disparu.

Le traitement consiste d'abord à faire coucher la malade sur le côté sain, pour décomprimer son uretère droit : si les accidents persistent il faut faire la néphrotomie qui est bien supportée par la femme enceinte. L'accouchement prématuré et le cathétérisme des uretères sont des procédés à rejeter : le dernier est inefficace et peut provoquer l'avortement, comme on l'a observé dans une observation.

M. DESCHAMPS.

Les hémorragies et les troubles de la coagulation du sang dans les néphrites, par MM. P. EMILE-WEILL et OCTAVE CLAUDE (*Soc méd. des hôp.*, 19 avril 1907). — MM. P. Emile Weil et Octave Claude ont examiné le sang veineux chez quatre sujets (3 néphrites chroniques et une néphrite subaiguë). Les auteurs ont constaté plusieurs anomalies (retard plus ou moins marqué de la coagulation, coagulation plasmatique).

La première observation concerne un épistaxis chez un sujet atteint de néphrite chronique interstitielle; la seconde, une néphrite ancienne avec hématurie; la troisième, une néphrite hémorragique avec tuberculose pulmonaire et peut-être rénale; la quatrième, une néphrite subaiguë avec épistaxis. Les quatre sujets étaient alcooliques et présentaient de l'hépatomégalie.

Les auteurs discutent la part qui revient au foie et aux reins dans la production du syndrome hémorragique et étudient le mécanisme des hémorragies dans les néphrites aiguës et chroniques. Ils ont constaté que, dans le cas de néphrite subaiguë, le traitement par les injections intraveineuses de sérum sanguin frais arrête les hémorragies; aussi conseillent-ils cette thérapeutique.

PIERRE SEE.

Les hémorragies et les troubles de coagulation du sang dans les néphrites, par MM. P. EMILE-WEILL et Octave CLAUDE (*Tribune médicale*, n° 16, 20 avril 1907, p. 24). — On trouve, dans cet article, les mêmes idées que celles qui sont relatées dans la communication de la Société médicale des hôpitaux et que nous venons d'analyser. Les auteurs étudient, en effet, les hémorragies et les anomalies de la coagulation dans les néphrites, et ils recommandent les injections de sérum sanguin frais.

PIERRE SÉE.

L'albuminurie d'origine prostatique et vésiculaire, par YOUNG (*New-York médical Journal*, 5 janv. 1907). — Certaines albuminuries peuvent avoir leur origine dans la prostate et les vésicules séminales; dans ce cas l'urine ne contient ni pus, ni sang, ni cylindres : la prostate et les vésicules sont grosses, molles et sensibles à la pression.

Le diagnostic est important à faire au point de vue du pronostic et même des conséquences sociales, puisque l'auteur a observé deux malades auxquels on avait réfusé l'assurance sur la vie, croyant à une albuminurie rénale : l'origine de l'albuminurie peut être facilement dépistée de la

façon suivante: l'urine émise après massage de la prostate et des vésicules contient de l'albumine, tandis que celle qui est recueillie avec une sonde après lavage de la vessie n'en contient pas.

Cette albuminurie est généralement intermittente et plus abondante le soir que le matin, heure à laquelle elle peut même manquer. Au point de vue étiologique, l'auteur attribue une certaine importance à la masturbation, aux excitations génésiques non suivies de coït, à la constipation.

L'albuminurie est due soit à la présence du liquide séminal dans l'urine, soit à la transsudation du sérum sanguin dans les vésicules qui sont généralement œdématiées.

M. Deschamps.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL,

Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité.

Indications du curettage de l'utérus, par H.-T. Hicks (*The Practitioner*, mai 1907). — Le curettage utérin, opération simple en elle-même, est trop souvent pratiquée pour de simples symptômes. La leucorrhée est généralement due à de la congestion sans intervention active des bactéries, c'est-à-dire sans endométrite. Un déplacement, une subinvolution en sont souvent les causes. Les leucorrhées qui succèdent à l'accouchement tiennent souvent à une endométrite catarrhale : il suffira alors d'enlever la muqueuse œdématiée pour obtenir la guérison.

Si l'écoulement est jaunâtre, c'est que l'endométrium est infecté : il y a endométrite vraie. Quelle que soit la cause de cette forme, l'auteur considère le curettage comme contre-indiqué, car la curette peut ouvrir de nouvelles voies à l'infection et conduire parfois à un pyosalpinx bilatéral. On se contentera de faire la dilatation, le nettoyage et le drainage de la cavité utérine. Mais on peut faire le curettage du canal cervical, intervention sans inconvénient, parce qu'il est moins accessible à l'action des bactéries que l'endométrium.

Dans les hémorragies le curettage sera indiqué si celles-ci dépendent de la congestion et de l'hyperplasie bénigne des éléments glandulaires. Le curettage n'aura pas d'action curative dans la tuberculose à laquelle il faut opposer l'hystérectomie.

Si les ménorragies sont associées à l'existence de fibromyomes, il ne faut pas attendre grand résultat du curettage, qui expose d'ailleurs le fibrome à l'infection.

Lorsque les métrorragies tiennent à des vaisseaux artério-scléreux, comme cela arrive dans la néphrite chronique, le curettage procure une amélioration temporaire ; on peut ainsi pratiquer plusieurs fois l'opération qui n'est que palliative. On aura plutôt recours à l'ergot et aux applications locales qu'à une opération dans le cours du mal de Bright.

On ne doit jamais se servir de la curette pour une hémorragie aiguë, parce qu'on peut se trouver en présence d'une grossesse utérine rupturée. Dans les cas d'avortement il faut se servir d'une curette mousse. Dans tous les cas, on examinera les débris du curettage pour en établir la nature.

Lorsque l'utérus est la cause de la stérilité, il est préférable de curetter la cavité après avoir dilaté le col. Le curettage est également indiqué chez les femmes sujettes à l'avortement.

La curette rendra encore des services dans le cancer inopérable du col, et l'on traitera ensuite les surfaces saignantes par les applications de formaline.

L. Jumon.

Hématocèle rétro-utérine, par Victor Pauchet (d'Amiens) (*Revue pratique de gynéc., d'obst. et de péd.*, juin 1907). — L'histoire de l'hématocèle rétro-utérine comprend quatre phases: une phase gravidique, parfois à peine perceptible, une période d'hémorragie interne, avec douleur violente, subite, état syncopal ; une période de péritonisme, une période d'enkystement, pendant laquelle il n'y a plus que des phénomènes pelviens. Chacune de ces périodes comporte un diagnostic différentiel, avec l'avortement simple, l'appendicite, l'occlusion, l'annexite, les tumeurs pelviennes.

Si l'hématocèle enkystée est peu volumineuse, on peut escompter la résorption et attendre ; on interviendra en cas de récidive. Dans le cas d'hématome rétro utérin bien collecté, on attendra huit ou quinze jours après le début des accidents : pendant

ce temps on désinfectera le tube digestif par des lavages intestinaux. On incisera ensuite la collection pelvienne. La voie vaginale est séduisante par sa simplicité, mais elle expose à l'infection par suite de l'état septique du vagin. Dans les cas non infectés il faut préférer la voie abdominale. Incision médiane, évacuation des caillots, excision de la trompe malade. Toilette soignée du péritoine : ne laisser aucun débris qui puisse s'infecter. Drainage à l'aide d'un gros tube de caoutchouc, débouchant à l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Si l'hématome rétro-utérin suppure, il faut alors recourir à l'incision vaginale du Douglas. Vider la collection par un coup de ciseaux, laisser un drain pendant cinq à six jours après la disparition de la fièvre et de l'écoulement. Si le drain est expulsé avant la guérison ou si la fièvre reste autour de 38°5, 39°, c'est que le drainage se fait mal; il faut alors faire sauter le bouchon utérin et pratiquer une hystérectomie vaginale secondaire.

Si les accidents enfin présentent tous les caractères d'une hémorragie tubaire profonde, on place la malade dans le décubitus horizontal, on fait une piqûre de morphine, une injection de sérum et on prépare la laparotomie. Si au bout d'une ou deux heures la situation ne se modifie pas, c'est que l'hémorragie continue : il faut ouvrir l'abdomen.

L'intervention donne 90 p. 100 de guérisons; l'abstention 90 p. 100 de morts.

L. Jumon.

Quand doit-on opérer un myome ? par Weisswange (*Münch. med. Woch.*, 21 mai 1907). — Au point de vue anatomique, l'indication opératoire d'un myome ne peut être décidée en principe que dans quelques cas, dans les cas de myomes sous-muqueux, sous-séreux avec pédicule mince, ou ayant acquis le volume d'une tête d'adulte, dès qu'ils donnent lieu à des symptômes ou qu'ils progressent rapidement.

Au reste, l'indication opératoire doit être étroitement posée pour chaque cas. A côté des troubles, l'âge, la situation sociale, l'état général et surtout l'état du cœur jouent un rôle essentiel. Mais la relation de la cardiopathie avec le myome n'est qu'indirecte. Le myome peut produire la dilatation du cœur en anémiant les malades; en cas d'anémie grave, le myocarde peut-être atteint de dégénérescence.

On peut entretenir en bon état la musculature en supprimant les hémorragies et, de cette manière, on peut empêcher la dégénérescence du myocarde de progresser. L'ablation des myomes peut donc agir très favorablement sur la dégénérescence graisseuse et l'atrophie brune, si on opère à temps. Il faudra déconseiller l'opération si le taux de l'hémoglobine est descendu à 30 p. 100 et au dessous. En ce qui concerne l'âge, plus tôt les myomes se développent, plus le pronostic est défavorable.

Chez les personnes jeunes, il faudra se décider plus rapidement à l'opération ; on peut attendre plus longtemps à l'âge de la ménopause où le pronostic est plus favorable pour les tumeurs qui cessent de donner lieu à des troubles, défavorable pour celles qui donnent lieu seulement à des troubles à ce moment en raison des dégénérescences malignes.

Bien que, dans beaucoup de cas, le pronostic des myomes soit favorable, on doit surveiller constamment les malades qui ne sont pas opérées. Beaucoup qui échappent à l'observation succombent dans la suite soit aux myomes soit aux complications.

Le traitement symptomatique peut être réservé pour les petits myomes sous-séreux ou interstitiels d'un volume modéré chez les femmes approchant de la ménopause, tant que la santé générale se maintient bonne.

L. Jumon.

De l'emploi du sucre associé aux agents mécaniques dans l'accouchement provoqué, par G Keins (*Rev. prat. de gynéc., d'obst. et de péd.*, juin 1907). — On connaît l'action du sucre sur le travail musculaire. L'auteur a été le premier à signaler en France l'action du sucre sur l'augmentation d'énergie des contractions utérines. Il prescrit d'habitude 25 grammes (cinq morceaux de sucre du commerce) dans un quart de verre d'eau, en solution concentrée. On peut renouveler cette dose une ou deux fois à une demi-heure d'intervalle. Le sucre provoque non seulement une augmentation de vigueur et de fréquence des contractions, mais agit encore sur le reste de la musculature qu'il stimule. Il devient un ocytocique et un véritable tonique, qui relève les forces musculaires de la femme et hâte l'expulsion du fœtus.

Dans l'accouchement provoqué, surtout pour l'accouchement prématuré provoqué,

le sucre peut être ainsi un collaborateur utile des agents mécaniques. Dès la mise en marche du travail, l'auteur prescrit à deux ou trois reprises une dose de 25 gr. de sucre. Il faut le donner très tôt, car c est un travail avant terme et le muscle utérin ne se trouve pas encore dans les conditions physiologiques du travail à terme. Par l emploi combiné de l'écarteur Tarnier et du sucre, l'auteur cherche ainsi à obtenir un travail aussi comparable que possible au travail physiologique. La présentation n'est pas déplacée : elle est, au contraire, sollicitée à se fixer, à s'engager et à descendre dans l'excavation : la poche des eaux est respectée. Le travail évolue ainsi plus rapidement que dans la moyenne des accouchements provoqués sans le sucre. La femme est ainsi moins fatiguée.

L. Jumon.

La réno-décortication dans l'éclampsie, par de Bovis (*Semaine médicale*, 9 mars 1907). — L'auteur a traité avec succès, par la décortication du rein droit, une éclamptique chez laquelle avait échoué le traitement médical ordinaire, chloroforme, chloral, oxygène qui n avaient pu l'empêcher d'avoir dix-sept crises se renouvelant d'heure en heure. Quelques heures après l'opération la malade reprenait conscience, et elle émit dans la première journée qui suivit l'opération 1 litre et demi d'urine contenant 0 gr. 25 d albumine qui disparut au bout de quelques jours. C'est le premier cas d'éclampsie guéri par la décortication d'un seul rein. Les autres cas publiés sont les trois d'Edebohls, celui de Chambrelent et Pousson et celui de Polano : dans ces cinq observations, on a fait la décortication des deux reins : elle a été suivie de succès sauf dans l'observation de Polano qui semble plutôt être un cas d'urémie subaiguë, d'après les constatations de l'autopsie qui révéla des lésions de néphrite parenchymateuse aiguë sans autres lésions d'éclampsie dans le reste des organes.

M. Deschamps.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN,
Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Entéro-colite et appendicite chez les enfants, par M. J. Comby (*Archives de méd. des Enfants* T. X. n° 4, 4 avril 1907, p. 193-201). — D après M. J. Comby, les entérites de l'enfance au même titre que l'adénoïdite, jouent un rôle capital dans l'étiologie de l'appendicite. On peut donc considérer que la rhino-pharyngite, l'adénoïdite, l'entérocolite muco-membraneuse et l'appendicite sont, dans un grand nombre de cas, les étapes successives de la même maladie infectieuse.

Ces relations étiologiques trouvent leur explication dans le fait que les sécrétions purulentes et septiques qu'élabore le tissu lymphoïde du pharynx sont incessamment dégluties et entraînent ainsi la gastro-entérite, l'entéro-colite et l'appendicite. La structure lymphoïde de l'appendice se rapproche d'ailleurs de celle des amygdales palatines et pharyngées, et favorise ainsi l'infection de l'appendice.

L'auteur cite, à l'appui de son opinion, 17 observations relatives à des garçons ou des filles de sept à treize ans.

Il conclut que, pour prévenir les appendicites, il faut soumettre les enfants à une hygiène alimentaire judicieuse afin d'éviter les entérites. Si l infection intestinale est installée, on la traitera par les moyens habituels. Enfin il importe de ne pas négliger les rhino-pharyngites et les adénoïdites du jeune âge qui semblent préluder aux troubles digestifs et à l'appendicite.

Pierre Sée.

Des entérocolites et de l'appendicite chez l'enfant, par le Dr E. Roy (*Thèse de Paris*, novembre 1906). — Dans cette thèse, M. Roy montre les relations étiologiques qui existent entre l'entérocolite muco-membraneuse et l'appendicite. Cependant il est difficile de reconnaître, en clinique, le moment exact où, au cours d'une entérocolite, l'appendice devient malade.

L'entérocolite muco-membraneuse elle-même est due à l'adénoïdite.

Il faut donc traiter l'adénoïdite et l'entérocolite pour éviter l'appendicite. Si cette dernière affection se produit, on fera autant que possible l'opération à froid.

Ce travail est complété par 33 observations cliniques.

Pierre Sée.

De l'invagination intestinale chez les jeunes enfants, par le professeur E Kirmisson (*Académie de médecine*, 25 juin 1907).

— A propos de deux cas malheureux qui, dernièrement, se sont présentés coup sur coup dans son service. M Kirmisson appelle l'attention sur la nécessité d'un prompt diagnostic et d'un traitement chirurgical immédiat dans l'invagination intestinale des jeunes enfants. Malheureusement, les petits malades sont apportés beaucoup trop tard à l'hôpital, et ainsi l'intervention chirurgicale est rendue le plus souvent inutile. Aussi M. Kirmisson a-t-il vu jusqu'ici tous les jeunes enfants apportés dans son service pour invagination succomber, à l'exception d'un seul qui fut opéré par M. Lyot six heures après le début des accidents.

Et cependant le diagnostic ne présente pas de très grandes difficultés. Il est basé sur l'âge des malades, et l'écoulement de sang par l'anus, dès longtemps indiqué par Cruveilhier.

On n'oubliera pas les deux principes suivants :

1° L'invagination est la forme la plus fréquente de l'occlusion intestinale chez les jeunes enfants;

2° Tout petit enfant qui rend du sang par l'anus, en même temps qu'il présente des coliques violentes et des phénomènes d'obstruction intestinale, a très probablement une invagination.

Le diagnostic de l'invagination intestinale chez un jeune enfant comporte l'intervention immédiate, et celle-ci a d'autant plus de chances de succès qu'elle est pratiquée plus hâtivement. La statistique le démontre :

Opération	à la 12e heure...	mortalité	14 p. 100
—	à la 24e heure...	—	39 —
—	à la 36e heure .	—	36 —
—	Au 2e jour.....	—	37 —
—	Au 3e jour.....	—	54 —
—	Au 4e jour.....	—	78 —

C'est grâce à un diagnostic et à une intervention hâtive que, tous les jours, nos collègues d'Angleterre publient de nouveaux succès. Il est grandement à désirer qu'un semblable progrès s'accomplisse parmi nous. Il faut, en matière d'invagination intestinale, se comporter comme en présence d'une hernie étranglée, c'est-à-dire ne quitter le malade que quand l'obstacle a été levé.

Si on intervient dès le début, on pourra avoir recours aux grands lavements joints à l'anesthésie et à l'inversion du tronc, qui ont fourni des succès. Mais si ce moyen reste inefficace, on pratiquera sans retard la laparotomie.

R. Blondel.

Traitement de la pneumonie aiguë chez l'enfant, par Montague Murray (*The Brit. med. J.*, 8 juin 1907). — L'importance de l'amaigrissement et des vomissements continus dans le pronostic de cette maladie doit faire accorder une attention spéciale à la diète. L'alimentation doit être l'objet de soins particuliers. Il est rarement nécessaire de recourir à l'alimentation rectale ou par le nez.

Les applications locales ont une utilité douteuse et l'application de cataplasmes constitue une véritable fatigue pour l'enfant : toutefois on peut recourir aux cataplasmes sur la région dorsale.

L'auteur n'emploie jamais la vessie de glace ni les saignées chez les enfants, afin de maintenir dans son maximum la fonction des muscles de la respiration, nécessaire pour assurer les mouvements respiratoires.

L'aération doit être continue et cette absence d'air pur fait que la mortalité est plus grande en ville qu'à l'hôpital. On peut employer les inhalations d'oxygène qui ont cependant peu d'efficacité. L'oxygène sera dilué et chauffé après avoir barboté dans de l'eau chaude. La chambre ne doit pas être éclairée au gaz, ce qui aggrave la toux.

Les médicaments ont peu d'influence sur l'évolution de la pneumonie chez les enfants, sauf ceux qui agissent comme stimulant de la circulation ou de la respiration. Ils deviennent nécessaires lorsqu'il y a de la tendance à la cyanose ou lorsque la respiration s'accélère. On se servira alors de la strychnine, de l'acétate d'ammoniaque, de l'éther, de la spartéine et de l'alcool. Les expectorants ne sont utiles que lorsqu'il y a en même temps des signes de bronchite.

L. Jumon.

Traitement du paludisme chez l'enfant, par le Dr J. Crespin (*La Province médicale*, 13 juin 1907). — Ce traitement repose, comme chez l'adulte, sur l'emploi judicieux de la quinine. L'auteur est partisan ici des doses massives, mais discontinues : il faut frapper vite et fort. Chez l'enfant, l'hésitation portera sur le choix entre la voie gastrique et la voie sous-cutanée. Si la fièvre

est bénigne, sans vomissements intenses, on peut donner la quinine par la bouche. Pour masquer la saveur du médicament on peut le donner enrobé dans du sucre, du chocolat, dans une huile fixe ou de la vaseline liquide : on fait prendre ensuite une petite quantité de jus de citron.

Les solutions destinées à être injectées sous la peau doivent être assez diluées et il faut mieux faire plusieurs injections que d'injecter en une fois la dose nécessaire. On prescrira :

Bichlorhydrate de quinine.	2 gr. 50 ou 3 gr.
Eau distillée, q. s. pour...	10 cc.

On peut aussi ajouter à cette solution 2 grammes d'antipyrine qui a pour effet d'augmenter la solubilité de la quinine et de rendre les injections moins douloureuses.

Quant aux doses, voici des maxima qu'on n'aura guère besoin de dépasser : 50 centigrammes au-dessous de deux ans, 1 gramme entre deux et cinq ans, 1 gr. 50 entre cinq et dix ans, 2 grammes entre dix et quinze ans.

Certains composés de quinine sans saveur peuvent être donnés facilement par la bouche aux enfants, ce sont l'euquinine et l'aristochine.

Quant aux succédanés de la quinine, si leur nombre est considérable, c'est qu'on croit à l'inefficacité de la quinine. L'arsenic, liqueur de Fowler, de Pearson, de Boudin, cacodylate et arrhénal, n'ont pas de pouvoir antithermique. Tous les autres succédanés sont à peu près oubliés aujourd'hui. La cryogénine fait baisser la température, mais n'empêche pas le retour des accès. Elle peut rendre des services quand l'hyperthermie devient un danger. Il est inutile de donner un purgatif avant d'administrer la quinine. Le purgatif et le vomitif peuvent être utiles dans les jours qui suivent la cessation de la fièvre, quand les fonctions digestives languissent et que le foie et la rate restent engorgés.

L'hydrothérapie convient admirablement dans le paludisme chronique, mais on évitera toujours le jet de la douche sur la région splénique, ce qui pourrait provoquer de nouveaux accès.

Dans l'hypertrophie de la rate chez les enfants, on pourrait appliquer la radiothérapie suivant le conseil de Maragliano. Dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique, on ne donnera la quinine qu'à faibles doses. Les injections de sérum artificiel très concentré seraient indiquées pour minéraliser le sang.

L. Jumon.

Potion contre le rhumatisme aigu chez un enfant de cinq ans, par M. Nigay (*Journ. méd Paris*, n° 14, dimanche 7 avril 1907. p. 127).

Asaprol.....	0 gr. 50
Sirop de framboises.....	30 grammes
Eau distillée.....Q. s. pour	60 cent. cubes

A donner dans les vingt-quatre heures.

Pierre Sée.

Emploi de l'antipyrine comme sédatif dans quelques affections communes de l'enfance, par Nethersole Feltcher (*The Practitioner*, avril 1907). — L'abus qu'on a fait de l'antipyrine a conduit à son abandon dans certaines affections où elle peut rendre les plus grands services. C est ainsi que dans la coqueluche elle soulage la toux et le vomissement, surtout ce dernier. La frequence même des paroxysmes diminue en donnant 0,06 à 0,12 centigrammes toutes les quatre à six heures, et en doublant la dose le soir on obtient souvent une nuit tranquille.

La même, donnée deux ou trois fois par jour, donne de bons résultats dans les cas d'excitabilité nerveuse, d'agitation chez les enfants au moment de l'éruption dentaire.

Dans trois cas de terreurs nocturnes, l'auteur a obtenu des résultats évidents par l'antipyrine, en même temps que l'incontinence nocturne disparaissait. Mais, comme le médicament n'a qu'une valeur symptomatique, il faut rechercher les causes des troubles pour les combattre et soumettre en même temps les enfants à un traitement général reconstituant : huile de foie de morue, malt, air frais, repos intellectuel. L'antipyrine ne doit d'ailleurs être employée que d'une façon temporaire, et pendant peu de temps. Bien qu'elle soit regardée comme un médicament dangereux par beaucoup, cependant l'auteur n'a pas observé un seul accident résultant de son emploi chez les enfants. Si on la donne aux petites doses indiquées, son emploi est presque absolument dépourvu de danger.

L. Jumon.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Nominations. — M. Hutinel, professeur de pathologie médicale à la faculté de médecine de l'université de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique des maladies des enfants à ladite faculté, à partir du 1er novembre 1907.

M. Segond, professeur d'opérations et appareils à la faculté de médecine, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à ladite faculté, à partir du 1er novembre 1907.

M. Teissier, professeur de pathologie interne à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite faculté, à partir du 1er novembre 1907.

M. Grancher, professeur de clinique des maladies des enfants, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite et est nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1907.

Bibliothèque Charcot. — Il y a quelque temps déjà, le Dr Jean Charcot avait offert à la Salpêtrière la bibliothèque de son père qui, au point de vue de la documentation neurologique, est la plus riche du monde.

A ce don magnifique, il a joint le mobilier et les boiseries décoratives de l'ancien cabinet de travail de Charcot, qui, par les soins de M. Mesereur, directeur de l'Assistance publique, du professeur Raymond et de M. Jean Charcot lui-même, a été reconstitué dans une des salles de l'hôpital qui illustrèrent les études, l'enseignement et les découvertes du maître. Ajoutons que l'inauguration de la bibliothèque Charcot à la Salpêtrière donnera lieu à une importante cérémonie.

L'alimentation parisienne. — M. Genest, le distingué chef de l'approvisionnement de Paris, vient de publier son rapport annuel sur le fonctionnement de ses services.

De ce rapport de près de 200 pages, bourré de chiffres, il y aurait bien des choses à dire: ne retenons que celles qui intéressent l'hygiène.

Un service de désinfection a été créé en 1888, au *marché aux bestiaux de la Villette*; le marché est lavé et désinfecté après chaque jour de vente, soit deux fois par semaine: on emploie à cet effet l'hypochlorite de chaux et un mélange à dose égale de créosol et de lessive de soude à 3 p. 100.

A l'abattoir de la Villette, les introductions de bétail sur pied ont été supérieures à celles de 1905; cette augmentation a été due à la disette de fourrage qui a amené les propriétaires à se défaire d'une partie de leurs animaux, et à l'épidémie de fièvre aphteuse qui les incitait à se débarrasser d'animaux imparfaitement engraissés plutôt que de courir les risques d'une perte totale : 40.410 kgs. de viande ont été saisis comme insalubres.

A l'abattoir de Vaugirard, il y a eu, pour les mêmes causes, augmentation des introductions; celle-ci a été surtout sensible pour le gros bétail. 2.496 kgr. de viandes insalubres ont été saisis au marché de rassortiment.

Malgré cette abondance des viandes de boucherie, l'essor pris par la boucherie hippophagique ne s'est pas ralenti : la proportion dans l'augmentation des introductions est de 10 p. 100 environ.

Aux *Halles Centrales*, le marché de vente en gros de la triperie augmente chaque année d'importance; les bouchers de province en arrivent à expédier à Paris les abats d'animaux consommés sur place.

En revanche, la vente en gros de la volaille et du gibier a légèrement baissé, par suite de la concurrence des grandes maisons d'épicerie qui traitent directement avec les producteurs.

La vente en gros du poisson de mer a légèrement diminué: environ 55 p. 100 des apports indigènes arrivent de Boulogne. La vente des œufs accuse une augmentation de 824.722 kilogs; c'est la Beauce, le Nivernais, la Vendée et le Midi qui en fournissent le plus; 24.8 p. 100 sont d'introduction étrangère, particulièrement de Russie.

Les marchés couverts sont au nombre de 20, la plupart périclitent : ils sont concurrencés par les marchés découverts au nombre de 30, par les grandes maisons d'épicerie et de comestibles.

Telles sont les principales indications que l'on peut retenir à l'examen de cet important document : il témoigne de l'intérêt que l'administration parisienne attache à ces questions qui touchent de si près la santé publique.

Si nous ajoutons qu'il indique, en outre, et pour chaque produit, les fluctuations du mar-

ché, ou ne peut que se féliciter de posséder chaque année un rapport aussi complet, et dont la collection sera, par les efforts de son chef, une si utile contribution à la vie de Paris. — A. FILLASSIER.

Les Congrès. — CONGRÈS INTERNATIONAL LARYNGO RHINOLOGIQUE. (*Jubilé de Turck Czermack*). Exposition laryngo-rhinologique à Vienne du 21-25 avril 1908. — Pendant la durée du « Congrès international laryngo-rhinologique », qui aura lieu à Vienne du 21 jusqu'au 25 avril 1908, le Comité exécutif a pris la décision d'organiser une exposition concernant la Laryngologie, la Rhinologie, l'Œsophagoscopie et la Bronchoscopie. On exposera : des instruments destinés à l'examen, au traitement et à l'opération ; des appareils d'inhalation, électro-médicaux et d'éclairage ainsi que d'autres objets techniques, des prothèses, des manuscrits, des livres, des préparations, des dessins, etc. Nous prenons la liberté de nous adresser à tous les intéressés avec prière de vouloir bien participer à cet arrangement et de communiquer au Secrétaire (M. le Professeur Dr M. Grossmann, IX, Garnisongasse, 10, à Vienne) leurs intentions, au plus tard jusqu'au 31 décembre 1907, avec l'exacte description des objets à exposer, en vue de la formation du catalogue Prière d'envoyer les objets d'exposition jusqu'au 15 février 1908 au plus tard, à l'adresse suivante : Hern Oberfingenieur Jaroschka. Inspektor des k. k. Universitätsgebäudes in Wien, qui se chargera de les garder. Par les soins du Comité exécutif, les objets envoyés seront assurés contre l'incendie, le vol et les dégâts. Les autorités compétentes ont concédé l'importation et l'exportation libres quant à la douane. Messieurs les exposants voudront bien demander au Secrétaire les documents nécessaires pour l'envoi en question. Pour le Comité exécutif : *Le Président* : Prof Dr. O. CHIARI, I. Bellariastrasse, 12, Wien. *Le Secrétaire* : Prof. Dr. M. GROSSMANN, IX. Garnisongasse, 10, Wien.

IVe CONGRÈS ITALIEN D'ORTHOPÉDIE. — Le IVe Congrès italien d'orthopédie se tiendra à Bologne le 15 octobre prochain. Le traitement de la spondylite tuberculeuse est à l'ordre du jour avec des rapports de M. le Dr Riccardo, Galeazzi, de Milan, et Raffaele Pastianelli, de Rome.

IIIe CONGRÈS PRÉHISTORIQUE DE FRANCE, *Session d'Autun* (12 *août*, 18 *août* 1907). — Le troisième Congrès préhistorique de France s'ouvrira à Autun le Lundi 12 août 1907, sous la présidence de M. le Dr Adrien Guébhard, prof. agrégé à la Faculté de médecine de Paris, vice-président de la Société préhistorique de France, et se clôturera le dimanche 18 août au soir. Toutes communications ou demandes de renseignements doivent être adressées à M. le Dr Marcel Beaudoin, secrétaire général du Comité, à Paris, rue Linné, 21.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire des spécialités pharmaceutiques, par le Dr V. GARDETTE. Préface par le Dr A. Manquat. 1 volume in-18 de 417 pages, cartonné. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris..... 3 fr.

Les spécialités pharmaceutiques sont de plus en plus ordonnées par les médecins ; le praticien y trouve un médicament facile à prescrire sans formule compliquée, sûr, toujours semblable à lui-même, et qui n'est pas exposé aux difficultés et aux erreurs de la préparation officinale.

Si le nombre des médicaments nouveaux augmente sans cesse, celui des spécialités croît dans une proportion bien plus grande encore, puisque, pour un médicament nouveau il y a de suite plusieurs spécialités nouvelles, Il devient très difficile au praticien de s'y reconnaître.

Il était donc utile de réunir sous une forme scientifique et pratique les données dont le médecin a besoin pour se guider dans son choix, et pour prescrire en parfaite connaissance de cause, selon les cas, un vin, un élixir, un sirop, des cachets, des pilules, etc. Ce formulaire comprend 4 parties.

Dans la première partie les spécialités sont indiquées par ordre alphabétique : on y trouvera la *composition*, les *indications thérapeutiques*, le *mode d'emploi* et les *doses*.

La deuxième partie est la nomenclature des spécialités d'après leurs composants ou leurs propriétés thérapeutiques (eupeptiques, laxatifs, etc) pour les médicaments composés.

La troisième partie donne par ordre alphabétique le nom et l'adresse de chaque fabricant avec l'indication de toutes les spécialités qui lui appartiennent.

La quatrième partie reprend les spécialités dans leur ordre alphabétique et donne l'indication de leur fabricant.

On aura ainsi tous les renseignements sous la main. Ce Formulaire est précédé d'une préface du Dr Manquat, l'auteur du *Traité de thérapeutique*, universellement connu.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Conseil international des infirmières. — Il s'est créé en juillet 1900, sous ce titre, une organisation qui nous paraît mériter d'être signalée à l'attention de nos lecteurs. Voici les statuts :

ARTICLE PREMIER. — La fédération sera appelée Conseil international des Infirmières. But du Conseil international des Infirmières : Assurer la liaison entre les infirmières de toutes les nations et donner des facilités d'échange et d hospitalité internationale. Préparer aux infirmières des occasions de se rencontrer dans toutes les parties du monde, de conférer sur les questions relatives au bien-être des malades et à leur profession.

ART. 2. — *Membres honoraires.* — Les membres honoraires seront des infirmières diplômées, et les membres honoraires élus seront d'office membres de tous les comités : 1° Un président. — 2° Présidents honoraires. — Un président du Conseil international qui a rempli son emploi pendant une période complète sera nommé, en se retirant, President honoraire du Conseil, et aura droit à vie de vote au Comité exécutif et au grand Conseil. — 3° Vice-présidents. — Les présidents actuels des Conseils nationaux d'infirmières affiliés au Conseil international auront la position de vice-président — 4° Vice-présidents honoraires. — Dans tous les pays où un Conseil national d'infirmières n'est pas encore organisé, ni affilie au Conseil international, une infirmière représentante sera élue par le Comité exécutif comme vice-présidente honoraire pour représenter son pays au Conseil international jusqu'au moment où le Conseil national sera complètement organisé et admis comme membre par le Conseil international. — 5° Conseillers. — Les conseillers seront les membres fondateurs du Conseil international des infirmières. — 6° Un trésorier honoraire. — 7° Un secrétaire.

ART. 3. — *Membres.* — Tout conseil national d'infirmières formé de sociétés représentatives et d'institutions d'infirmières, pourvu que sa constitution soit en harmonie avec les bases de la constitution du Conseil international, peut devenir membre du Conseil international moyennant approbation du Comité exécutif et en payant une livre par an pour chacun des quatre représentants choisis comme délégués au Grand Conseil international des Infirmières.

ART. 4. — *Comité exécutif.* — Le comité exécutif sera composé des membres honoraires élus, des vice-presidents et des présidents honoraires.

ART. 5. — *Grand Conseil.* — Le Grand Conseil sera composé de quatre délégués de chaque conseil national d'infirmières et des membres honoraires indiqués article 2.

ART. 6. — *Réunions du Conseil international des infirmières.* — Le Conseil international des infirmières tiendra une réunion quinquennale, dans laquelle le Président, le Trésorier honoraire et le Secrétaire seront nommés pour la période quinquennale suivante. Cinq membres formeront le quorum. Au Grand Conseil, les membres honoraires et les délégués désignés officiellement, qui composent le Conseil, auront seuls le droit de voter sur les affaires qui leur seront soumises. Toute affaire qui doit être soumise au Conseil doit d'abord être soumise au Comité exécutif sous forme de motion.

ART. 7. — *Congrès public.* — Dans tout congrès public convoqué par le Conseil international des infirmières, sont admises à voter sur les questions intéressant les infirmières, les infirmières diplômées membres des Sociétés affiliées au Conseil international.

ART. 8. — *Cotisation.* — La cotisation annuelle sera de une livre par délégué pour chaque société affiliée au Conseil international des infirmières ayant le droit de représentation au Conseil international.

ART. 9. — *Comité d'organisation.* — Le comité exécutif prendra toutes les dispositions pour la réunion quinquennale, mais il devra déléguer un Comité spécial d'organisation dans le pays où le Congrès doit se réunir, pour les détails de cette organisation.

ART. 10. — *Modification à la constitution.* — La constitution peut être changée ou modifiée par un vote de la majorite du Conseil à la réunion quinquennale, mais un avis imprimé doit avoir été envoyé à chaque membre du Conseil trois mois avant sa réunion.

Ce dernier article nous paraît devoir être vite appliqué, car un certain nombre des articles de cette *Constitution* manquent de clarté.

Le Conseil international a organisé une conférence internationale au Musée Social, 5, rue Las-Cazes, les mardi 18 et mercredi 19 juin, de 10 heures à midi et de 2 heures à 4 heures, et le jeudi 20 juin de 10 heures à 1 heure.

Le *Bulletin professionnel des infirmières et gardes-malades*, fondé par Mme P. Gillot, et dont le rédacteur en chef est le Dr Paul Cornet, renferme dans ses numéros du 15 avril et du 15 mai des renseignements détaillés sur le programme de cette conférence organisée par Miss L. Dock (*Progrès médical*).

Fondation Pierre Budin. — La Commission exécutive de la Fondation Pierre Budin s'est réunie le 26 mai, 6, rue Saint-Philippe du-Roule, au Siège social de la Ligue contre la mortalité infantile.

L'Assemblée a d'abord entendu le compte rendu du Trésorier d'après lequel le montant des souscriptions s'élevait à ce jour à 43.420 francs. Il a été décidé qu'une première liste de souscriptions serait prochainement publiée.

Plusieurs membres ayant demandé des renseignements sur les résolutions arrêtées au sujet de l'œuvre à créer en souvenir du Maître disparu, le Président a répondu que l'on allait fonder une *Consultation de Nourrissons modèle* et qui serait par ce fait même une École pratique de puériculture. En un mot, en plus des conseils donnés aux mères et du lait distribué pour les aider à élever leurs enfants, l'œuvre sera surtout un centre d'enseignement pour les médecins, pour les étudiants, pour les jeunes femmes et les jeunes filles. C'est là que seront formés, c'est de là que partiront les conférenciers chargés d'aller de tous côtés montrer les excellents résultats obtenus par les Consultations de nourrissons.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE

PAR LES

Drs E. BOUCHUT & A. DESPRÉS

Septième édition mise au courant des derniers Progrès de la Science

Par les **Drs G. Marion et F. Bouchut.**

Magnifique vol. de 1590 pages in-8° sur deux colonnes, avec 1097 gravures dans le texte : *Indispensable aux Familles*

Prix : BROCHÉ, 25 FR. ; — RELIÉ, 30 FR.

Le *Dictionnaire de Médecine et de Thérapeutique médicale et chirurgicale* des Docteurs BOUCHUT et DESPRÉS se trouve depuis nombre d'années entre les mains de tous les Médecins et Chirurgiens et de tous ceux qui ont à s'occuper des malades, dans les pharmacies, hôpitaux, infirmeries et maisons de santé.

La septième édition de ce Dictionnaire, l'un des plus pratiques et des plus utiles, vient d'être publiée par les soins de MM. les Docteurs MARION, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, et Fernand BOUCHUT.

Tout en respectant la devise des auteurs (*Multa paucis*), les nouveaux collaborateurs ont introduit dans cette édition de nombreuses et intéressantes modifications. La bactériologie, l'électrothérapie, l'hygiène, l'opothérapie, la sérothérapie dans leurs applications, y ont pris une place importante. En chirurgie, l'instrumentation la plus moderne, les appareils de fractures et de prothèse, les indications et la description des opérations chirurgicales, accompagnées de figures nouvelles et originales, ont reçu les développements que comportent les idées et les progrès les plus nouveaux.

On y retrouvera, mises au courant des découvertes de la science, les indications thérapeutiques de chaque maladie la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontotechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, et *un formulaire spécial pour chaque maladie.* 1097 gravures ornent ce superbe ouvrage de 1590 pages gr. in-8° imprimé sur deux colonnes.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement du cancer de l'estomac par le vaccin antinéoplasique. Action du vaccin sur les cancers annulaires sténosants,

Par le Dr Doyen.

I. — Cancer de l'estomac.

J'ai déjà présenté à la Société de l'internat plusieurs malades traités avec succès par le vaccin antinéoplasique pour des cas de cancer de l'estomac. Actuellement, mes observations se sont multipliées et je suis à même de présenter 16 cas où le traitement a eu une efficacité manifeste.

J'ai convoqué cette fois devant la Société six malades.

Sur les 16 observations, 5 cas ont été opérés; l'un de pylorectomie avec gastro-entérostomie; les 4 autres de gastro-entérostomie simple.

Chez une de ces malades, l'observation CXXVIII de mon volume sur le cancer une seconde opération a été faite au bout de quelques mois, dans le but d'enlever la tumeur cancéreuse, qui était très étendue et s'est montrée inopérable.

Sur les onze malades qui n'ont pas subi d'opération, il s'agissait dans 7 cas d'une tumeur en nappe très étendue et envahissant une partie du creux épigastrique; 2 fois de tumeur moins étendue, mais de nature moins douteuse; dans 2 autres cas, enfin, les malades présentaient tous les symptômes du cancer de l'estomac : amaigrissement, teint jaune paille, envies de vomir, dégoût de la viande, etc., sans qu'une tumeur soit perceptible au palper.

Plusieurs de ces malades étaient dans un tel état de faiblesse qu'il fallait les porter au moment de leur premier examen.

Le résultat de la vaccination antinéoplasique a été très remarquable chez les deux malades qui présentaient tous les signes subjectifs du cancer de l'estomac, y compris le teint jaune paille, et chez lesquels on ne percevait pas encore de tumeur. Les symptômes se sont rapidement améliorés, les envies de vomir ont disparu, l'appétit est revenu et les malades ont repris au bout de quelques semaines toutes les apparences de la santé.

Ces résultats sont très intéressants, car le diagnostic du cancer de l'estomac est souvent très difficile au début.

Parmi les 9 malades non opérés qui présentaient des tumeurs d'un certain volume, quelques-uns même une induration de tout le creux épigastrique, le résultat du traitement a été presque aussi rapide : les forces se sont relevées, le

(1) *Société de l'Internat.* Séance du 27 juin 1907.

teint jaune paille s'éclaircit et les malades ont repris peu à peu l'apparence de la santé, à mesure que le palper démontrait la réduction progressive du néoplasme.

Ce résultat est particulièrement très appréciable chez la malade qui vous a déjà été présentée et qui fait l'objet de l'observation CXXVIII de mon volume sur le cancer, puisque cette malade a subi deux laparotomies, au cours desquelles la tumeur a été trouvée inopérable. Actuellement, c'est à peine si on peut trouver trace d'une légère rénitence à l'épigastre.

Mais le point sur lequel je veux particulièrement insister est l'effet extraordinaire du traitement sur certains cancers annulaires sténosants.

Plusieurs des cas de cancer de l'estomac qui ont été traités par le vaccin, sans opération, présentaient les signes classiques de la sténose pylorique, et l'opération de la gastro-entérostomie avait été indiquée par des chirurgiens compétents comme indispensable dans le plus bref délai.

Un des cas les plus caractéristiques est celui d'une dame T..., âgée de soixante-quatre ans, atteinte depuis six mois d'amaigrissement considérable et d'anorexie. Cette malade, vers la fin de décembre 1906, présentait une intolérance absolue pour les aliments. Un chirurgien des hôpitaux porta le diagnostic de cancer pylorique diffus et proposa la gastro-entérostomie, tout en réservant un pronostic très grave.

Consulté à ce moment, je proposai la vaccination antinéoplasique, en faisant toutes les réserves sur la nécessité possible d'une gastro-entérostomie si les vomissements persistaient. Le traitement fut commencé en janvier dernier.

Au bout de quelques injections, les vomissements cessèrent, les liquides furent tolérés et l'état général s'améliora sensiblement. A partir de la vingtième injection, la malade commença à supporter de la poudre de viande, du jus de viande et des œufs ; le dégoût pour les aliments et notamment pour la viande disparut petit à petit ; le plastron épigastrique, qui primitivement avait la dimension de la face palmaire d'une main d'adulte, s'est réduit à deux petits noyaux mobiles.

Actuellement, l'amélioration est telle que cette malade a presque repris les apparences de la santé. Cette observation, qui a été rédigée par le médecin de la malade, est le schéma des autres observations analogues que je possède.

Il est donc incontestable que, non seulement dans le cancer de l'estomac au début, mais aussi dans le cancer en plaque compliqué de sténose pylorique, la vaccination antinéoplasique peut provoquer dans certains cas, notez que je ne dis pas dans tous les cas, la disparition des phénomènes de sténose, le retour de l'appétit et l'amélioration de l'état général.

Certains malades reprennent en cinq ou six mois le poids qu'ils présentaient avant l'apparition des premiers symptômes.

Le traitement du cancer de l'estomac par la vaccination antinéoplasique donne ainsi des résultats remarquables, non seulement dansl es cas qui sont traités tout au début, mais aussi dans certains cas où l'induration épigastrique présente déjà 8 ou 10 centimètres d'étendue, où il existe de la sténose pylorique et où la cachexie s'est déjà installée.

II. — Cancer de l'œsophage.

Étant donné le grand intérêt que présentaient pour moi ces phénomènes plusieurs fois constatés de disparition des signes de sténose pylorique, j'ai étudié l'action du vaccin sur d'autres cas de cancers annulaires sténosants, notamment sur le cancer de l'œsophage et sur le cancer de la partie supérieure du rectum.

Un de ces malades, atteint de cancer de l'œsophage au début et constaté par l'œsophagoscopie directe, est en traitement depuis dix-neuf mois.

L'état de ce malade s'est amélioré dès les premières semaines et, bien qu'il ait été très affecté il y a quelques mois par un deuil familial, le résultat primitif s'est maintenu et l'alimentation se fait dans des conditions très satisfaisantes.

Ce résultat est intéressant, puisque le début du traitement remonte déjà à plus d'un an et demi.

Les autres cas sont moins anciens, mais le résultat du traitement a été presque immédiat chez les malades qui ont été soumis aux injections de vaccin avant que la lésion ne soit trop accentuée.

III. — Cancer du rectum.

J'ai fait la même observation dans un certain nombre de cas de cancer du rectum. L'un des plus intéressants est celui d'un malade de quarante et quelques années, qui n'avait pas été à la selle depuis dix-sept jours et qui est entré à la clinique ballonné, demandant à subir l'anus contre nature. Comme le malade n'était pas en danger, je l'ai soumis d'abord au traitement par le vaccin. Au bout de trois jours, les selles se sont produites d'une manière satisfaisante, sans dilatation locale. C'était au mois de janvier dernier.

J'emploie, comme au début, des vaccins d'une énergie variable et produits par l'atténuation des cultures du micrococcus néoformans, soit par le chlorhydrate de quinine, soit aussi par l'acide cacodylique et l'acide méthylarsenique, depuis quelques mois, par l'action de l'atoxyl.

J'ai réduit la quantité de chaque injection à 2 centimètres cubes. Les injections sont actuellement peu douloureuses.

Après avoir comparé l'action des toxines pures et l'action du vaccin microbiens je suis revenu à des injections alternatives de toxines et de vaccin microbien, Comme le vaccin microbien produisait une réaction locale assez vive, j'ai étudi- les effets de son injection intra-veineuse et depuis quelque temps je pratique les injections de toxines dans le tissu cellulaire sous-cutané, tandis que les injections de vaccin microbien sont faites dans une des veines du pli du coude.

Ces injections sont très bien supportées et provoquent à peine chez certains malades, comme on l'observe dans les autres injections intra-veineuses, une bouffée de chaleur ou un peu d'urticaire ; ces symptômes ne durent que de trois à cinq minutes.

L'injection intra-veineuse du vaccin microbien paraît beaucoup plus efficace que l'injection sous-cutanée, le vaccin étant porté directement par le torrent circulatoire dans les organes lymphoïdes et particulièrement dans les organes riches

en macrophages auxquels est dévolu particulièrement le rôle de détruire les cellules pathologiques.

Conclusions

Les résultats que je viens de vous signaler dans le cancer de l'estomac sont très intéressants.

Mes observations prouvent que la vaccination antinéoplasique, dont l'innocuité absolue est aujourd'hui bien démontrée, peut faire disparaître non seulement les premiers symptômes du cancer de l'estomac avant l'apparition de la tumeur caractéristique, mais aussi, dans certains cas, les accidents de la sténose pylorique, dans le cancer confirmé avec tumeur volumineuse. Les mêmes résultats ont été constatés dans un certain nombre de cas de cancer de l'intestin grêle et du côlon.

Il est évident qu'il est préférable de traiter les malades de bonne heure et ce n'est pas huit jours avant la mort d'un tuberculeux que l'on peut essayer sur lui les effets d'un nouveau traitement. Il est donc à souhaiter que le diagnostic du début des cancers viscéraux soit fait de bonne heure et que les malades puissent bénéficier de la vaccination antinéoplasique à une période où ils ont encore conservé la plus grande partie de leur résistance vitale.

Le traitement remonte, chez mes trois plus anciens malades, à cinq ans pour le premier, qui présentait en juin 1902 une fistule cancéreuse du creux de l'estomac, à près de quatre ans pour la seconde, opérée de pylorectomie et gastro-entérostomie, avec persistance de ganglions inopérables du côté du hile du foie, pour la troisième à trois ans et demi.

Je dois citer un autre de mes malades, opéré de gastro-entérostomie pour cancer du pylore très étendu et adhérent au foie, et qui a présenté après l'opération un ictère persistant de plus de trois mois. Il avait à ce moment cessé le traitement parce qu'il se trouvait trop faible.

La reprise des injections de vaccin a été suivie de la disparition de l'ictère au bout de quelques semaines ; actuellement, ce malade, bien qu'encore assez amaigri, s'alimente assez bien et il est impossible au palper de retrouver la tumeur constatée au moment de l'opération.

Un autre malade, atteint de grosse tumeur gastrique et qui actuellement se trouve dans un état très satisfaisant, est diabétique depuis dix ans. La vaccination antinéoplasique n'est donc pas contre-indiquée dans le diabète.

Depuis ce temps, l'état général du malade s'est amélioré de jour en jour et, bien qu'il soit porteur d'une lésion inopérable tellement elle est étendue et haut située, ce malade vaque à ses occupations avec toutes les apparences de la santé.

J'ai vu plusieurs autres cas où l'anus contre nature avait été proposé comme une nécessité des plus urgentes et où quelques injections de vaccin ont suffi pour obtenir des selles moulées du diamètre du pouce.

Ces résultats se maintiennent chez un certain nombre de malades depuis plus de six mois et même depuis plus d'un an.

IV. — Cancer de l'orifice du larynx.

Je puis rapprocher de ces cas de cancer sténosants du pylore, de l'œsophage et

de l'intestin, des cas de cancer de l'orifice du larynx, où l'alimentation était impossible et où la trachéotomie a été nécessitée par une dyspnée progressive.

J'ai en traitement plusieurs de ces cas, dont deux sont soignés très régulièrement et chez lesquels ces lésions exceptionnellement graves paraissent à peu près arrêtées dans leur évolution, chez le premier depuis plus de deux ans, chez l'autre depuis dix-neuf mois.

Chez ce dernier malade, les ganglions cancéreux ont à peu près disparu et l'alimentation est redevenue facile. Une crise de dyspnée causée par un refroidissement a nécessité la trachéotomie et la canule a pu être supprimée au bout de quinze jours.

V. — Cancer généralisé au péritoine.

Parmi un certain nombre de cas où l'action du vaccin a été véritablement extraordinaire, je dois citer le cas d'une femme de quarante ans, atteinte depuis juin 1904 de tumeur du sein gauche, puis du sein droit, à forme squirrheuse et avec généralisation en cuirasse. En janvier 1907, apparut une ascite considérable, avec intolérance gastrique complète. L'estomac ne supportait par jour qu'un quart de litre de képhir. L'état de la malade était tellement précaire que le traitement ne fut institué que sur la demande expresse de la famille, qui voulait tenter une dernière chance pour prolonger la vie de la malade.

Au bout de quelques semaines, l'intolérance gastrique diminua et la malade commença à s'alimenter : les forces revinrent, et la plaque de cancer thoracique s'améliora rapidement, mais l'ascite augmentait de jour en jour, à ce point que le ventre était aussi globuleux que dans le cas de kyste de l'ovaire. Une ponction étant indispensable, je préférai pratiquer la laparotomie, qui eut lieu le 13 mars dernier. L'ouverture du ventre permit de constater une généralisation cancéreuse à la totalité du péritoine. La malade fut très affaiblie par l'opération ; néanmoins, elle continua à supporter très bien les injections de vaccin. Au mois de mai, l'appétit était excellent, les ganglions axillaires avaient diminué et la malade, qui était au lit depuis quatre mois, commença à se lever et à marcher.

Le 15 juin 1907, on constate que le gros ganglion axillaire droit a à peu près disparu, les ganglions gauches ont beaucoup diminué, la plaque de cancer thoracique paraît arrêtée dans son évolution et la malade se trouve très bien d'un séjour à la campagne.

Il existe cependant plusieurs petits noyaux sous-dermiques qui paraissent de nature néoplasique et il est probable que cette amélioration inespérée ne sera vraisemblablement que temporaire. Je crois cependant devoir signaler ce résultat comme l'un des plus extraordinaires que j'aie observés depuis que j'étudie la vaccination antinéoplasique par les cultures de micrococcus néoformans.

Traitement

Le traitement que je fais suivre actuellement à mes malades n'a pas différé dans ses grandes lignes de mes premières tentatives, qui remontent au mois de janvier 1901. J'ai renoncé complètement à l'emploi du sérum de cheval immunisé.

Principes généraux de la Thérapeutique des neurasthénies,

par le Dr Albert Deschamps (de Bonnebaud).

Tout le monde sait que les malades dits neurasthéniques sont des sujets particulièrement sensibles à l'action des médicaments. Sans doute il y a des distinctions à établir: la sensibilité médicamenteuse de ces sujets varie avec l'origine et la pathogénie de l'asthénie. Ce sont là des questions que j'exposerai dans un ouvrage en cours d'impression et qui paraîtra prochainement (1). Je me borne à dire que je m'occupe ici des malades atteints de cet état bien connu sous le nom de *faiblesse irritable.*

C'est la faiblesse irritable qui caractérise, comme on sait, tout organisme asthénique. Elle est due, probablement, à une diminution du potentiel nerveux, à une faiblesse de tension des centres accumulateurs d'énergie. L'instabilité perpétuelle du malade en est la conséquence; c'est elle qui rend la tolérance médicamenteuse individuelle si variable et si décourageante. Les névropathes en général, et les asthéniques en particulier, sont, d'après une expression courante, des *noli me tangere.* Le mot n'est pas tout à fait exact. Les asthéniques sont plutôt des balances de précision qui accusent les plus minimes variations de poids, de mélange, de tension, de combinaison.

Quels rapports y a-t-il entre la résistance instable du malade et sa tolérance médicamenteuse; quelles en sont les conséquences pratiques? Telle est la matière de cet article.

Mais il est nécessaire d'exposer au préalable et brièvement l'action des médicaments en général.

L'action des médicaments a été étudiée par l'observation clinique, par l'expérimentation sur les animaux, par la méthode histologique due à M. Renaut (de Lyon), enfin par la méthode d'observation fonctionnelle, due à M. Albert Robin et qui « consiste à déterminer l'action des agents médicamenteux sur les fonctions par la connaissance de leurs effets sur la nutrition (2) ». Il faut connaître la manière dont une drogue quelconque « influence les échanges généraux, les échanges respiratoires d'une part, et les expressions symptomatiques morbides, d'autre part »... « s'enquérir des modifications qu'elle subit pendant son passage à travers l'organisme, puis rechercher sous quelle forme elle s'élimine ».

En procédant de la sorte, M. A. Robin démontra que l'antipyrine, par exemple, « exerce une action retardante sur tous les phénomènes de la nutrition et cette

(1) Dr Albert Deschamps. *Les maladies de l'énergie. Les asthénies générales.* Chez F. Alcan.

(2) Albert Robin. *Leçon de clinique thérapeutique. Bull. gén. de Thérap.*, 15 juin 1904, p. 837.

action est surtout importante pour les organes riches en phosphore, c'est-à-dire pour les éléments nerveux ».

Les glycéro-phosphates exercent « une action exactement inverse de celle de l'antipyrine. Les désassimilations sont augmentées dans tous les sens, les oxydations complètes sont favorisées », mais ils excitent surtout l'oxydation du soufre, élèvent le rapport du soufre complètement oxydé au soufre total, ce qui exprime une accélération de l'activité des fonctions hépatiques.

Ce sont là des faits indispensables à connaître. Mais il faut encore se poser une autre question : comment les médicaments agissent-ils sur les éléments cellulaires? Exercent-ils une action de *spécificité*, spécificité de localisation — en s'incorporant à telle ou telle cellule organique et formant avec elle des combinaisons chimiques; ou bien provoquent-ils une *réaction* salutaire? Les deux opinions ont leurs partisans. M. Lépine a soutenu avec beaucoup de force et d'autorité la théorie réactionnelle (1); et il est possible que, même dans les cas les plus probables de spécificité — à supposer qu'il existe une spécificité totale — les phénomènes réactionnels ne soient pas complètement absents.

Quels que soient les moyens médicamenteux employés, ils n'auraient d'autre effet, d'après M. Lépine, que de provoquer une réaction. « Si, pour immuniser un sujet contre une maladie infectieuse, on lui injecte un microbe ou sa toxine, on ne fait autre chose que de le mettre en état de réagir. » En injectant de l'eau salée à une anémique, on détermine une augmentation des globules rouges : c'est une réaction des organes hématopoiétiques. Il serait facile de multiplier les exemples.

Il est donc probable que les agents médicamenteux agissent surtout en imprimant « une secousse, soit à certain appareil de défense, soit à l'économie tout entière » et la mettent « en état de résister », sans nier toutefois l'action spécifique de certains médicaments.

Encore faut-il que l'organisme soit « capable de faire les frais de la réaction ». A un malade atteint d'anémie pernicieuse, on fait une injection de 5 cc. d'une solution de citrate de fer à 3 p. 100 (dose faible); le lendemain le malade mourait. Cette injection, déclare franchement M. Lépine, a déterminé une réaction fébrile que le malade n'a pu supporter.

Il est donc des malades qui ne peuvent supporter les doses paraissant convenir normalement à leur état — doses dites physiologiques — parce qu'ils sont incapables de faire les frais de la réaction. Cela on le sait bien, et, pour désigner cette disposition, on a imaginé le mot idiosyncrasie qui cache mal l'ignorance où l'on est du sens profond des choses.

Pourquoi certains malades ne peuvent-ils faire les frais des réactions médicamenteuses? L'étude des asthéniques permet de répondre, au moins en partie, à cette question. Leur tolérance médicamenteuse, c'est-à-dire leur pouvoir de réaction est, en effet, en rapport non avec l'intensité de leur maladie, mais avec leur pouvoir actuel de résistance. Plus ils sont asthéniques, plus les doses doivent être

(1) *Des phénomènes réactionnels en thérapeutique, Sem. méd.*, 30 janvier 1907.

faibles ; à mesure qu'ils s'améliorent, on peut augmenter progressivement les doses. Toutes mes observations — et je n'ai pas à les rapporter ici — m'ont conduit à cette conclusion.

Voici quelques exemples : M. X... est atteint d'une asthénie cérébro-spinale intense. Un médecin essaie de lui administrer de la noix vomique et du bromure. Incapacité absolue de supporter les doses les plus infinitésimales de ces médicaments. Plus tard, lorsque le malade eut été amélioré par d'autres moyens, et aussi par le temps, il put tolérer cette médication. — M. Y... est cérébrasthénique à la suite d'un surmenage intellectuel et moral très prolongé. On lui donne des glycérophosphates. Il ne tolère que de très petites doses, avec l'obligation de laisser plusieurs jours d'intervalle entre les doses. Son état s'améliore par le repos et l'isolement et, peu à peu, il peut supporter des doses plus fortes de médicament. — M. Z... présente des accidents d'asthénie cardiaque grave. Deux gouttes de digitaline lui produisent d'excellents effets ; cinq gouttes le rendent malade et dix gouttes le tueraient. Quelques années après, il supporte facilement dix gouttes, bien que l'état de son cœur soit beaucoup meilleur.

Je pourrais multiplier les exemples. Si l'on veut bien observer avec soin et avec impartialité les résultats thérapeutiques, on constate que les doses médicamenteuses doivent être inversement proportionnelles à l'intensité de l'asthénie. Plus l'asthénie est forte, plus les doses doivent être faibles. Qu'est-ce à dire?

Les doses ne doivent donc pas être proportionnées à l'intensité de la maladie, comme on le croit généralement? Non. Elles doivent au contraire être en rapport avec la résistance du malade, avec son pouvoir de réaction. L'observation démontre qu'une médication ne peut agir, si les énergies potentielles du malade ne permettent pas la dépense réactionnelle. Sans énergies, pas de dépense. Plus les énergies sont abondantes, plus les réactions seront faciles. Un choc médicamenteux hors de proportion avec le pouvoir énergétique d'un sujet inhibe son pouvoir réactionnel.

Béard avait noté jadis une remarque semblable et peut-être n'a-t-elle pas été retenue comme elle le méritait. « A mesure que les malades deviennent plus forts, disait-il, ils peuvent de plus en plus supporter des variétés de médicaments et d'aliments qu'ils n'auraient pu supporter auparavant. » Cela veut dire que médicaments et aliments doivent être appropriés au pouvoir de résistance, à l'état des forces et non à la gravité de la maladie. On commence à penser aujourd'hui, et bien des expériences le prouvent, que la suralimentation aveugle est une chose néfaste, même dans les déchéances les plus accentuées, et que les recettes alimentaires doivent être proportionnées aux dépenses et à la résistance cellulaire. On en peut dire autant de la sur-thérapeutique. Les fortes doses ne conviennent pas plus aux malades très affaiblis que les nourritures excessives ; elles leur sont nuisibles et les intoxiquent en dépassant leur pouvoir de résistance et de réaction. Ils doit y avoir une juste proportion entre la recette médicamenteuse et la réserve énergétique qui permet les réactions. Toute médication qui dépasse ce pouvoir réactionnel détermine de l'épuisement ; un médicament cesse d'être toléré avant qu'il y ait

intoxication chimique décelée par l'examen de l'urine. C'est ce que Potain appelait l'accumulation dynamique.

Ce pouvoir de réaction est, comme on sait, tout à fait individuel; il varie, en outre, chez chaque malade, selon la période — grave, moyenne ou légère — où il se trouve.

Un asthénique — léger, moyen ou grave — pris à un moment donné, possède un capital de force déterminé; ce capital est stable pour l'instant et donne toujours la même somme de revenu-travail. Dès qu'il a dépensé la somme de force disponible (toujours la même pour la période pathologique où il se trouve), en cinq minutes ou en une heure, selon l'intensité de la maladie, il refait, s'il veut continuer ou recommencer, de la fatigue avec toutes ses conséquences chimico-physiques et somatiques. Il est tout à fait inutile de chercher à l'entraîner. L'asthénique est incapable de s'entraîner : c'est un *aphorique* (1). Chez lui le temps de destruction organique, c'est-à-dire de dépense ou d'activité, est directement proportionnel à un potentiel minime, donc il est court; le temps de repos ou de reconstitution est inversement proportionnel à ce même potentiel, donc il est long.

Cependant, si, au bout de quelques mois ou de quelques années, grâce à un traitement judicieux, l'état s'améliore, le potentiel augmente et l'organisme se place à un *cran* supérieur de forces. A ce cran nouveau le sujet possédera un capital de force plus élevé que le précédent, mais qui restera le même pendant un certain temps. Et ainsi de suite.

Le malade traverse ainsi des « états de force successifs » pendant lesquels sa résistance et son pouvoir de réaction subissent des variations semblables.

Et il faut bien noter que si, sous une influence pathologique quelconque (surmenage, toxi-infection, etc.), l'asthénie du sujet fait un retour en arrière, son pouvoir de réaction recule aussi.

En somme, il y a un rapport constant entre la résistance générale d'un asthénique et son pouvoir de réaction médicamenteuse. Un malade atteint d'asthénie cardiaque grave retrouvera l'équilibre normal possible de son cœur avec deux gouttes de digitaline. Dix gouttes détermineraient des accidents mécaniques pénibles et dangereux sans doute. Plus tard, quand ses forces générales seront meilleures, il supportera facilement une dose plus forte et dix gouttes le mettront au cran de force où il peut être pour le moment.

A chaque degré de force correspond un certain pouvoir de réaction, un certain pouvoir de résistance. Ce n'est donc pas la gravité de l'état pathologique qui doit servir de guide, c'est la résistance « actuelle » du malade.

Et il paraît inutile, dangereux même, de calculer les doses d'après la taille et le poids des sujets. Fonssagrives disait autrefois que ce sont là des bases inacceptables. Même opinion chez Claude Bernard et chez Charles Féré. L'évaluation des doses doit être basée, chez l'asthénique, sur son pouvoir énergétique. Une dose

(1) Voy. dans *Les maladies de l'Energie* (ALCAN), la définition de l'*Aphorie*.

trop forte ou trop prolongée inhibe son pouvoir réactionnel, et ramène les accidents qu'elle avait pu faire disparaître. C'est là un fait d'observation invariable. Donnez par exemple du glycéro-phosphate de magnésie à un malade affaibli, triste et découragé ; peu à peu vous lui rendrez la vigueur compatible avec son état actuel de force. Ce résultat obtenu, vous continuez — naturellement — ou il continue ; et il redevient affaibli, triste et découragé. On rejette alors le médicament en disant qu'il ne vaut rien. Pas du tout. C'est la méthode qui est mauvaise. Et j'en pourrais dire autant de tous les médicaments et de toutes les médications. La plupart des insuccès thérapeutiques viennent de ce que l'on ne sait pas *cesser* à temps un médicament ou une médication.

Il faut toujours suspendre la médication, dès qu'elle a rétabli l'équilibre fonctionnel compatible avec l'état de force actuel du sujet. On ne peut aller plus loin. Au-delà, c'est le surmenage thérapeutique, l'inhibition réactionnelle. Le mieux est ici encore l'ennemi du bien. Il est impossible de transformer rapidement la qualité d'un centre nerveux. Il y faut beaucoup de temps et de soin et l'on n'y arrive que par degrés ; à chaque degré correspond un état de force et un pouvoir de réaction. Le résultat que peut produire une médication est toujours proportionnel au degré de force et au pouvoir de réaction, elle doit donc être donnée non jusqu'à effet, mais jusqu'à l'effet possible dans l'état de force du sujet. C'est la résistance actuelle du malade qui domine toute la technique thérapeutique. Et, répétons-le encore, plus l'asthénie est forte, plus les doses doivent être faibles. Il faut excepter cependant de cette règle générale les rares médicaments qui ont ou auraient dans certaines variétés d'asthénie une véritable action spécifique, une spécificité de localisation. Ainsi les phosphates dans la phosphaturie vraie, la magnésie dans la magnésurie, le chlorure dans la chlorurie, etc. ; les produits de sécrétion dans les asthénies consécutives à des insuffisances sécrétoires : thyroïdienne, hépatique, gastrique, entérique, splénique, capsulaire, ovarique, etc. Les substances spécifiques s'incorporeraient aux cellules organiques pour former avec elles des combinaisons chimiques, et leurs doses étant proportionnelles au déficit actuel pourraient être plus fortes que ne semblerait le faire croire l'état général asthénique. Mais, même dans ces cas là, il faut compter avec le pouvoir réactionnel. En outre, le diagnostic de ces insuffisances minérales ou sécrétoires est particulièrement difficile et d'ailleurs on y pense rarement. Je traiterai ces questions dans une série d'ouvrages prochains (1).

En résumé, je pense qu'il y a un rapport constant entre le pouvoir énergétique d'un asthénique, c'est-à-dire sa résistance, et sa tolérance médicamenteuse, c'est-à-dire son pouvoir réactionnel. Les conséquences pratiques qui résultent de cette connaissance peuvent se résumer ainsi :

1° Tout médicament doit être proportionné à la résistance « actuelle » de l'asthénique et non à l'intensité de l'asthénie ; au malade, non à la maladie. Il ne peut avoir pour but de ramener le malade à un état « physiologique qui n'existe pas

(1) *Les asthénies générales. — Les asthénies locales.*

pour lui ; il doit simplement le remettre dans son équilibre fonctionnel du moment et détruire l'écart fonctionnel actuel (augmentation, diminution, perversion). Les doses doivent être inversement proportionnelles à l'intensité de l'asthénie (excepté pour les rares médicaments spécifiques, minéraux ou sécrétoires). Plus l'asthénie est forte, plus les doses seront faibles.

2° Tout médicament donné trop longtemps ou en excès inhibe le pouvoir réactionnel et ramène les accidents qu'il avait fait disparaître. Ne dites jamais à un asthénique qui se trouve bien d'un médicament : « Continuez ». Au contraire. Dès que l'asthénique dit : « Je me trouve mieux » ; suspendez le médicament. L'effet « possible actuellement » est produit. Le verbe « continuer » devrait être rayé du vocabulaire des médecins d'asthéniques.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,

Médecin des hôpitaux.

Le traitement de la scarlatine, par SCHICK (*Berl. klin. Wochenschrift*, 10 juin 1907). — L'auteur voudrait que l'on installât les hôpitaux d'isolement pour scarlatineux en trois sections, la première contenant les cas aigus, la seconde ceux de la 3e et 4e semaine, la troisième ceux des semaines suivantes : on éviterait de cette façon que des sujets guéris ne rapportent chez eux des germes provenant de cas en pleine activité. Chaque section serait isolée des deux autres: ce système permet la désinfection fractionnée.

L'auteur recommande de laisser le scarlatineux quatre semaines au lit, même si le cas est léger, et de ne pas lui donner de viande pendant ce laps de temps. Il ne considère pas le régime lacté absolu comme nécessaire et prescrit du cacao, des farineux de digestion facile, du beurre, des compotes, etc.

On ne donnera jamais d'antithermiques ; on obtiendra des abaissements de température par des enveloppements humides du tronc à 15° à 20°, qu'on changera toutes les une ou deux heures. Les mains et les pieds, laissés hors de l'enveloppement, permettent de surveiller les effets du traitement ; s'ils se cyanosent et deviennent froids, il faut de suite enlever les linges et si on ne constate aucune tendance au relèvement thermique, on les remplace par des linges chauds et secs.

On ne donnera des bains qu'à la fin de la 5e semaine : on les fera suivre de frictions à la lanoline ou vaseline dans les cas où la peau est sèche et s'il existe du prurit.

Les angines légères seront, chez l'enfant, traitées par les enveloppements humides du cou, chez les malades plus âgés par des gargarismes à l'eau oxygénée à 1-2 p. 100. Plusieurs fois par jour, on procédera à un seringage de la cavité pharyngienne à l'eau froide.

On examinera fréquemment les tympans ; dès qu'on constate de la rougeur, on instille 2 ou 3 fois par jour de la glycérine phéniquée tiède, à 5 p. 100. Si l'otorrhée apparaît, on remplace ce topique par de l'eau oxygénée à 2 p. 100: dans l'intervalle, on introduit un tampon d'ouate.

S'il se développe une adénite marquée, on appliquera de la pommade ichtyolée à 10 p. 100 : si une collection purulente se forme, on a recours aux cataplasmes. Ne pas ponctionner avant que la fluctuation ne soit manifeste.

La constipation sera combattue par un mélange à parties égales de sirop de manne et d'huile de ricin (*ãã* 15 gr.).

L'auteur est convaincu que le sérum de Moser, obtenu par cultures sur bouillon, sans passage par l'animal, et provenant du sang de malades morts de scarlatine, exerce une action marquée. Il faut injecter 200 centigrammes à la fois : l'effet est surtout marqué si l'on injecte avant la fin du 3e jour de l'affection. L'auteur combat de préférence les cas hypertoxiques, avec participation minime du nasopharynx, par l'injection de sérum, qui n'est pratiquée qu'une seule fois.

Il ne semble pas que le régime hypochloruré prophylactique exerce une influence sur la fréquence de la néphrite scarlatineuse : celle-ci guérit le plus souvent sans médication par le seul repos au lit ; la sudation, les diurétiques n'ont pas d'utilité.

Le régime hypochloruré, une fois la néphrite installée, ne paraît à l'auteur agir que sur les œdèmes : l'application du régime est d'ailleurs facile.

En cas d'accidents urémiques, saignée de 200 à 300 cc. chez les enfants de 6 à 12 ans, suivie d'une injection sous-cutanée de sérum physiologique ou d'entéroclyse de même quantité.

Chez tout scarlatineux, il faut pendant six semaines prendre matin et soir la température.

E. Vogt.

Les médications les plus récentes de l'érysipèle, par Rose (*Ther. Monatshefte*, juin 1907). — L'auteur préfère à toutes les méthodes, dans les cas d'érysipèle du tronc ou des membres, le bain chaud permanent, qui abaisse rapidement la température et provoque un arrêt du processus infectieux. L'effet obtenu tient sans doute à la vaso-dilatation cutanée, facilitant l'irrigation des points malades.

E. Vogt.

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Traitement du rhumatisme aigu, par Stockmann (*Glasgow med. J.*, juin 1907). — Dans ces dernières années, le rhumatisme aigu a été classé dans les maladies infectieuses et retiré de la classe des maladies constitutionnelles. Toutefois, on ne s'entend pas sur la nature du micro-organisme pathogène. Suivant les vues modernes, le rhumatisme aigu est une forme de pyémie. S'il est une maladie cyclique, sa durée varie cependant beaucoup.

L'acide salicylique peut agir soit en détruisant le microbe spécifique soit en neutralisant ses toxines. Son action est rapide, ce qu'on peut expliquer en supposant qu'il s'élimine directement dans les jointures affectées où il atteint bientôt une concentration suffisante pour détruire localement les toxines, tandis que son action n'est pas aussi satisfaisante dans les lésions musculaires et aponévrotiques. La dose employée doit toujours être suffisante et assez élevée. Il est très important de commencer très tôt le traitement, de façon à agir sur l'élément infectieux avant sa dissémination dans l'organisme. Tous les succédanés de l'acide salicylique n'agissent que par la quantité d'acide salicylique qu'ils mettent en circulation. Une partie se transforme en acide salicylurique qui n'a aucune action sur le rhumatisme; on peut l'évaluer à la moitié ou aux deux tiers de l'acide salicylique ingéré. Le salicylate de méthyle est employé soit à l'extérieur, soit à l'intérieur aux doses de X à XV gouttes. Dans les cas où l'idiosyncrasie rend impossible l'emploi du salicylate, on peut donner à de très fortes doses l'acide benzoïque ou le benzoate de soude qui n'est pas toxique.

L. Jumon.

Rhumatisme chronique et insuffisance thyroïdienne, par P. Acchioté (*Gazette médicale d'Orient*, mai 1907). — L'auteur apporte une observation de rhumatisme subaigu ou chronique chez une jeune fille de vingt-huit ans, qui présentait, en même temps, un état myxœdémateux. En recherchant la cause et l'origine de l'hypothyroïdie, on constata que la malade avait été soumise à quelques séances radiothérapiques dans le but de la debarrasser d'une hypertrichose dont elle était atteinte. Cette hypertrichose était manifeste surtout au cou et au menton, régions sur lesquelles on appliqua les rayons X. Dès le début de ce traitement, la malade engraissa, mais après la douzième séance, il survint des manifestations rhumatismales qui ne tardèrent pas à se généraliser. Le traitement avait produit un état atrophique du corps thyroïde. Les phénomènes de rhumatisme disparurent après un traitement thyroïdien prolongé.

De cette observation, l'auteur tire cette conclusion que certains rhumatismes peuvent avoir, pour toute origine, une perturbation fonctionnelle de la glande thyroïde et se manifester comme le seul symptôme d'hypothyroïdie. Il faudrait, par conséquent, tenter l'opothérapie thyroïdienne non seulement dans les rhumatismes chroniques associés à des signes d'hypothyroïdie, mais même dans les cas rebelles de rhumatisme indemne de toute manifestation d'insuffisance thyroïdienne.

L. Jumon.

Nouvelles recherches sur les insuffisances thyroïdiennes, par M. Hertoghe (*Journal de médecine de Bruxelles*, N° 17). — M. Hertoghe étudie d'abord les fonctions physiologiques de la glande thyroïde. Il montre le rôle qu'elle joue dans la croissance et le développement somatique, l'influence qu'elle exerce sur la calorification, la nutrition, l'intelligence et la force musculaire. De plus, d'après cet auteur, le corps thyroïde s'hypertrophierait et augmenterait sa secrétion, chez la femme, au début de la

grossesse. Cette hypersecrétion aurait pour but d'empêcher l'apparition des menstrues, qui pourraient exercer sur le développement de l'enfant une influence fâcheuse.

L'auteur en conclut qu'il y a antagonisme entre la fonction thyroïdienne et la fonction menstruelle; aussi conseille-t-il l'usage de la médication thyroïdienne aux femmes qui sont sujettes aux fausses couches. Cette thérapeutique doit être appliquée dès le début de la grossesse.

M. Hertoghe a également obtenu de bons résultats en prescrivant l'opothérapie thyroïdienne chez plusieurs enfants myxœdémateux et crétins. Leur état physique et mental a été très amélioré. Il faut continuer l'opothérapie pendant très longtemps, plusieurs années si cela est nécessaire.

PIERRE SÉE.

Petits incidents du traitement thyroïdien. Nervosisme expérimental, par MM. LÉOPOLD-LÉVI et HENRI DE ROTHSCHILD (*Soc. de Biol.*, 18 mai 1907). — Lorsque le traitement thyroïdien n'est pas appliqué suivant certaines règles, il se produit souvent des accidents, du reste bénins, qui rappellent le nervosisme expérimental. Ce sont les mêmes symptômes que l'on observe dans la maladie de Basedow ; cependant ils sont, dans le goître exophtalmique, plus intenses et plus durables.

D'après MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild, les émotions déterminent le nervosisme en agissant sur le corps thyroïde.

La thyroïdine à faibles doses fait disparaître les symptômes de nervosisme. Elle les produit, au contraire, lorsqu'elle est administrée en trop grande quantité.

PIERRE SÉE.

De l'empoisonnement par la crème et les gâteaux à la crème, par M. SAQUET (*Gazette médicale de Nantes*, 30 mars 1907). — La cause des empoisonnements par la crème a été assez discutée. Certains auteurs l'ont attribuée à l'emploi d'œufs non frais. M. Saquet n'admet pas cette hypothèse : en effet, dit-il, un œuf avancé se trahit, dans un gâteau ou un entremets, par son odeur désagréable. D'après ce praticien, la cause principale de l'intoxication serait la gélatine qu'emploient les pâtissiers pour donner à leurs crèmes une meilleure consistance. Cette gélatine provient souvent de râclures de peaux d'animaux ; il est impossible de la stériliser complètement et, de plus, elle est un excellent milieu de culture pour des microbes variés.

PIERRE SÉE.

Pommade contre le rhumatisme articulaire aigu, d'après M. BOURGET (*Journ. de méd de Paris*, n° 24, 16 juin 1907, p. 228).

Acide salicylique	10 gr.
Lanoline	10 gr.
Essence de térébenthine	10 gr.
Axonge	80 gr.

PIERRE SÉE.

Cachets contre la goutte, d'après M. WILLIAMS (*Journ. de méd. de Paris*, n° 21, 26 mai 1907, p. 198).

Prendre trois fois par jour, avec un peu d'eau chaude, un cachet :

Poudre de gaïacol..	} ââ ..	0 gr. 60
Iodure de potassium.		

PIERRE SÉE.

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT,
Ancien interne des hôpitaux.

Traitement des plaies du poumon (*Soc. de chir.*, 19 et 26 juin 1907). — Suite de la discussion sur l'opportunité de l'intervention chirurgicale dans les plaies pénétrantes de poitrine, avec blessure du poumon. Plusieurs observations sont entendues qui démontrent l'utilité de l'action chirurgicale, quand il y a hémorragie grave, avec signes indubitables. On sait, M. NÉLATON le rappelle fort à propos, combien les phénomènes généraux sont susceptibles d'induire en erreur. Dans un cas, cet auteur conseilla, en s'appuyant sur un état général grave, une intervention qui n'eut pas lieu. Le blessé n'en guérit pas moins assez simplement. M. POTHERAT produit à son tour une série de 12 cas, qui ont guéri sans intervention. En dehors des considérations qui précèdent, M. QUÉNU fait remarquer que la *thoracotomie* n'est pas comparable à la laparotomie exploratrice et cite un cas des hopitaux où le chirurgien de garde crut devoir intervenir pour une plaie par coup de revolver. Il sutura une plaie minime et le blessé succomba le troisième

jour. La thoracotomie à large volet fut sans doute la cause de l'hémothorax qui entraîna la mort de l'opéré. De ces divers échanges de vues résulte la conclusion formellement abstentionniste de la majorité des chirurgiens dans la plupart des cas de plaies du poumon. Seuls peuvent être sauvés par l'intervention immédiate les blessés présentant les signes d'une hémorragie pulmonaire.

Ce serait d'ailleurs une faute de ne pas, en toute circonstance où le doute est permis, employer le *sérum gélatiné*, que M. Raynier rappelle à ses collègues, et qui a produit de véritables résurrections.

A. Benoît.

Diagnostic de l'occlusion intestinale incomplète (*Soc. de ch.*, 19 et 26 juin 1907). M. Ricard appelle l'attention sur un signe indiqué par M. Mathieu pour aider au diagnostic de l'occlusion intestinale incomplète, ce qui permet à une indication opératoire de se poser. Il s'agit d'un *clapotement spécial* ou fausse ascite qui se déplace dans dans le décubitus latéral. On ne saurait donner comme fait nouveau la rétention des liquides au-dessus d'un obstacle intestinal, quel qu'il soit. Mais l'utilisation de ce signe peut servir au diagnostic des cas douteux.

A. Benoît.

Tuberculose iléo-cæcale, traitement, par M. G. Gross (*La Province médicale*, 22 juin 1907). — La tuberculose iléo-cæcale est une lésion presque toujours primitive : les lésions sont localisées à l'appendice et au cæcum. L'auteur décrit deux cas où il s'agissait de tuberculome; le diagnostic peut hésiter entre le cancer et l'appendicite. Si l'on constate, chez un sujet jeune, une tuméfaction iliaque à évolution lente, sans amaigrissement ni fièvre, le diagnostic est facile. Des crises subaiguës répétées ont pu faire penser à l'appendicite. Si l'on n'intervient pas, il ne tarde pas à survenir de graves complications : Obstruction, fistule, péritonite, tuberculisation de l'individu. En outre, le pronostic opératoire est plus grave. Le traitement doit donc être précoce.

On a d'abord préconisé l'extirpation, l'entérectomie, qui doit porter sur une partie du côlon ascendant et surtout de l'intestin grêle, parce que la tuberculose cæcale serait toujours descendante. L'entérectomie faite, la réunion se fait par anastomose, bout à bout. On peut recourir, d'autre part, à l'entéro-anastomose simple, à l'entéro-anastomose avec bouton anastomotique ou avec des sutures; enfin, à l'occlusion de l'intestin. L'entérectomie doit être faite chaque fois que les lésions la rendent possible. S'il y a des adhérences péritonéales péri-cæcales, trop intimes ou trop nombreuses, on fera l'entéro-anastomose, opération palliative, qui met au repos la région malade.

L'occlusion est indiquée lorsqu'il y a des fistules.

L'auteur a eu recours à l'entérectomie avec suture latéro-latérale, selon le procédé d'Alglave. Les deux opérés ont guéri.

L. Jumon.

Traitement moderne de la péritonite généralisée, par Chayo Robson (*Brit. gyn. soc.*, 13 juin 1907). — Il est important même dans la péritonite généralisée d'intervenir de bonne heure. Si on opérait dans les douze heures, à partir du début, on pourrait toujours sauver les malades; si l'opération était faite dans les vingt-quatre premières heures, on aurait encore beaucoup de chance d'obtenir la guérison, mais ensuite les chances diminuent beaucoup. L'opération doit être faite aussi rapidement que possible; si on découvre la cause de la péritonite, il faut la supprimer, mais en évitant de léser les viscères. On doit éviter aussi de trop éponger, bien que la cavité doive être autant que possible nettoyée du pus qu'elle contient. Après une injection saline, soit par le rectum, soit par la voie intra-veineuse, le malade doit être couché dans une position assise afin que les liquides septiques tombent dans la partie la plus déclive et puissent être plus facilement drainés.

Sinclair recommande la morphine et de larges doses d'alcool avec un lavage abondant de l'abdomen par une solution saline.

Macnaughton-Jones croit que l'application de glace sur l'abdomen est très utile dès la première apparition des symptômes. Il préfère les petites doses de calomel aux doses fortes.

Dauber considère que le traitement de l'avenir de la péritonite sera surtout antitoxique.

L. Jumon.

Des drainages des suppurations de la fosse iliaque interne dans la position assise, par G. Tisserand (*La Province médicale*, 22 juin 1907). — L'auteur avait vu le Dr Martel, chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne, recourir avec succès à la pratique suivante, dans les cas de suppuration de la fosse iliaque : incision simple au-dessus de l'arcade crurale; puis, dès le lendemain, le malade s'asseyait sur son lit et, dès que l'état général et local le permettait, il se levait et marchait avec des béquilles.

La position assise, d'autre part, est, en général, fort bien tolérée par cette catégorie de malades, elle est très suffisante pour réaliser le drainage de la fosse iliaque interne. Grâce même à la pesée des viscères sur la région abcédée, les parois de la cavité doivent avoir une plus grande tendance à s'accoler.

En présence d'une suppuration aiguë de la fosse iliaque interne, l'auteur conseille donc les points suivants :

1° Faire une incision sus-crurale et drainer uniquement en cet endroit;

2° Faire asseoir le malade sur son lit dès le lendemain de l'opération et le maintenir dans cette position ; enfin, dès que l'état général le permet, faire marcher le malade avec des béquilles, la position verticale favorisant l'écoulement du liquide et rectifiant l'attitude vicieuse du membre.

L. Jumon.

Transplantation de la cuisse d'un chien sur un autre chien (*Soc. de biol.*, 15 juin 1905). — Nous ne saurions tarder à enregistrer les curieuses expériences qui se poursuivent sur les transplantations graduelles et, après avoir vu aboutir celles d'un organe entier, voici que M. Canel en signale une nouvelle, qui ouvre à la chirurgie des horizons nouveaux. La cuisse d'un chien noir tué par chloroformisation fut récemment transplantée chez un autre chien, préalablement amputé de la cuisse gauche. Ce furent d'abord les fémurs dont les extrémités coupées en marches d'escalier furent solidement fixées. Puis le périoste, ainsi que les extrémités correspondantes des muscles quadriceps et grand adducteur, liées au catgut. L'anastomose des vaisseaux et celle des nerfs sciatique et crural, de tous les muscles de l'aponévrose et de la peau termina l'opération et le membre fut fixé dans un appareil plâtré. Quelques jours après, un phlegmon de la partie supérieure de la cuisse obligea l'auteur à intervenir par l'incision. L'animal succomba néanmoins par infection. On peut cependant constater que la perméabilité des vaisseaux fémoraux était assurée et que la peau, les muscles et les extrémités osseuses étaient réunis.

A. Benoît.

Traitement des fractures et luxations des vertèbres, par Alexander Nicoll (*The amer. J. of. the med. Sc.*, juin 1907). — L'auteur a observé un certain nombre de cas intéressants au point de vue du degré des lésions de la moelle et au point de vue clinique. Les lésions qui déterminent des symptômes sont la déchirure de la moelle, accompagnée de perte immédiate du mouvement ou de la sensibilité des deux membres; la compression de la moelle suivie de perte graduelle des mouvements ou de la sensibilité ; la déchirure et la compression de la moelle où l'on observe des symptômes immédiats combinés avec des symptômes plus tardifs de compression.

Au point de vue du traitement, les cas dus à la compression peuvent tenir à plusieurs circonstances. Si la compression est immédiate elle est due à une luxation ou à un enfoncement de la lame vertébrale fracturée. Dans le cas de luxation l'indication est d'opérer pour réduire la luxation et supprimer ainsi la compression. Si les lames vertébrales sont fracturées et enfoncées, il faut soulever les fragments ou les enlever entièrement.

La compression tardive est due à une hémorragie autour de la moelle ou dans son épaisseur. Dans le premier cas il est indiqué de pratiquer la laminectomie et d'arrêter l'hémorragie.

Quant aux cas où la déchirure de la moelle est complète, ils sont presque toujours rapidement mortels et l'intervention du médecin se borne à soulager le malade. Dans les cas mixtes où il y a à la fois déchirure et compression, on peut intervenir sur les lésions qui déterminent la compression, ce qui permet aux parties non lésées de la moelle de recouvrer leurs fonctions.

L'auteur croit qu'on doit opérer tout cas où il existe des phénomènes de compression, quelle que soit la région qui est fracturée, bien que le siège de la lésion influe puissamment sur le pronostic. Enfin il faut intervenir le plus tôt possible, le retard aggravant le danger.

L. Jumon.

Traitement de la tuberculose osseuse avec les injections focales de tuberculine Béraneck, par W. De Coulon (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 20 juin 1907). — Par ce traitement on se propose de provoquer au moyen des toxines injectées une réaction de l'organisme se manifestant sous forme d'un apport de phagocytes qui seraient *in loco* influencés spécifiquement par la tuberculine. La méthode des injections intra-focales recherche une réaction locale, en opposition avec l'immunisation lente qui évite toute réaction. Mais la tuberculose osseuse réclame une intervention locale énergique pour conserver le membre.

Voici la technique recommandée par l'auteur. On commence par établir au moyen d'un cliché radiographique la localisation exacte du foyer tuberculeux, puis on immobilise le membre ou l'articulation dans un appareil en général plâtré. Par une fenêtre pratiquée dans celui-ci, on commence par injecter dans le foyer tuberculeux une faible dose de la tuberculine A. de Béraneck, puis on accroît insensiblement la dose afin d'obtenir à chaque injection une réaction locale manifeste. S'il se forme un abcès, celui-ci sera très favorable à la guérison. S'il ne se forme pas d'abcès, il faut arrêter ce traitement lorsque le malade n'a plus de douleurs et peut commodément se servir de son membre. La raideur avec les épaississements capsulaires sont les derniers symptômes à disparaître ; la mobilité fonctionnelle complète demande plusieurs semaines ou plusieurs mois pour s'établir après la fin du traitement. L'efficacité de ce traitement est, de l'avis de l'auteur, supérieure à tout autre traitement conservateur.

L. Jumon.

Le massage et les mouvements dans les fractures, par W. Cathcart (*Edinb. med. Soc.*, 5 juin 1907). — Dans ce travail, l'auteur termine par les conclusions suivantes :

L'immobilité absolue des extrémités osseuses fracturées n'est pas indispensable à la réunion osseuse. Les légers mouvements que l'on fait faire au membre fracturé en le massant tous les jours ou que l'on fait faire aux articulations voisines semblent hâter la guérison. Le massage combiné aux mouvements actifs et passifs non seulement favorise la réunion osseuse, mais favorise aussi la résorption des liquides épanchés, prévient la formation d'adhérences et maintient la nutrition des muscles. Il ne peut donc que hâter la réunion et préparer en même temps le membre au retour des fonctions, qui a lieu presque en même temps que la consolidation. Les attelles et d'autres appareils inamovibles, y compris l'extension, sont indiqués plutôt pour prévenir une réunion vicieuse et doivent être employés spécialement dans les cas où le poids du membre ou l'action musculaire peuvent amener une fonction vicieuse pendant la consolidation. Durant la période aiguë, le massage diminue le gonflement, dissipe le spasme musculaire et calme la douleur. Plus tard il stimule la circulation dans la région et entretient la nutrition dans les muscles. La règle capitale dans la pratique du massage et des mouvements est de ne causer aucune douleur.

L. Jumon.

Le massage et l'ionisation dans les affections articulaires, par Drey (*La Presse médicale*, 1er juin 1907). — Dans les arthrites subaiguës à douleurs assez étroitement localisées, qui s'accompagnent le plus souvent de troubles moteurs et de désordres fonctionnels de tout le membre, il est bon de débuter, en soumettant le malade à l'ionisation salicylique : après un très petit nombre de séances, on passera au traitement manuel, qui sera simplifié par le fait que tout endolorissement aura disparu.

Pour obtenir l'action sclérolysante, par l'ion chlore ou l'ion soude, dans les cas où il y a tendance à la raideur articulaire avec participation prépondérante des parties de l'article non cartilagineuses et non osseuses, on emploiera l'ionisation et le massage dans la même séance, en commençant par l'ionisation (électrode aussi grande que possible).

E. Vogt.

Le baume du Pérou dans le traitement des plaies, par F.-A. Outer (*Münch. med. Woch.*, 11 juin 1907). — Dans des expériences sur les animaux, l'emploi du baum du Pérou a toujours réussi à prévenir les phlegmons gazeux septiques qui se produisent après les plaies septiques souillées de terre. Sous ce rapport, il est supérieur aux autres antiseptiques, mais il n'empêche pas l'infection tétanique.

Depuis 1905, l'auteur a appliqué un pansement avec cette substance sur toutes les plaies accidentelles récentes, après avoir nettoyé le pourtour des plaies avec de la

benzine. Les plaies déchiquetée sont seulement été régularisées. Le premier pansement a été, en général, laissé en place durant quelques jours. Sur vingt-cinq fractures compliquées ainsi traitées, un malade est mort de pneumonie, tous les autres ont guéri, parfois sans aucune suppuration.

Sur 552 plaies accidentelles, on n'a observé que trois fois le tétanos comme complication septique.

Le baume du Pérou peut se stériliser sans éprouver d'altération sensible; il constitue, en quelque sorte, un réservoir de matières bactéricides, qui pénètrent lentement dans le voisinage. L'action favorable de cette substance est purement locale; elle possède une action mécanique sur les bactéries.

L. Jumon.

Traitement du shock, par Parham (*New-Orleans med. and surg. J.*, juin 1907). — Le traitement du shock est d'abord celui de la syncope, abaissement de la tête, stimulants cardiaques, arrêt de l'hémorragie qui peut causer des accidents. On peut essayer ensuite les injections salines par le rectum ou sous la peau, et dans les cas extrêmes la transfusion du sang.

On tiendra compte de certaines causes prédisposantes, de l'âge, des maladies antérieures, de la maladie actuelle, surtout en cas d'affection rénale ou cardiaque, de diabète.

Dans une opération, la perte de sang est d'une extrême importance. Le shock peut résulter d'une excitation excessive des nerfs sensibles. On évitera donc toutes les manœuvres capables d'irriter les centres nerveux. Les viscères abdominaux seront manipulés le moins possible dans une opération abdominale.

Le shock provenant d'une irritation périphérique peut être prévenu par une injection lombaire de cocaïne.

Pour rendre les centres moins susceptibles à l'irritation centripète, la morphine et l'anesthésie générale ont certainement une grande action préventive sur le shock.

La strychnine, la digitaline, la nitroglycérine, l'alcool, le camphre et d'autres stimulants cardiaques et vaso-moteurs n'ont qu'une action très relative. Aussi vaut-il mieux compter sur les moyens préventifs et éviter les grandes hémorragies, l'anesthésie de trop longue durée, le refroidissement, la prolongation inutile d'une opération, la manipulation brutale des organes et certaines causes psychiques. Si enfin la rapidité opératoire est essentielle, la précipitation a des effets désastreux.

Pour relever la pression vasculaire, on appliquera une bande sur les extrémités et on pourra recourir à l'adrénaline et à l'ergot.

L. Jumon.

Le chlorure d'éthyle comme anesthésique général, par Maass (*Ther. Monatshefte*, juin 1907). — L'auteur estime que ce corps est aussi dangereux que le chloroforme. La dose maniable est peu considérable et on ne saurait le mélanger à de grandes quantités d'air. Les avantages consistent dans une grande rapidité d'action et l'absence de troubles consécutifs : on l'utilisera avec avantage dans le cas où l'on recherche une anesthésie de peu de durée ; la dose maxima est de 5 ccm.

En résumé, il y a lieu de limiter l'emploi au chlorure d'éthyle à des cas exceptionnels.

E. Vogt.

Pommade contre les hémorroïdes, d'après M. Kossobudski (*Journ. de méd. de Paris*, n° 21, 26 mai 1907, p. 198).

Enduire les hémorroïdes, deux ou trois fois par jour, avec la pommade :

Chrysarobine	0 gr. 80
Iodoforme	0 gr. 30
Extrait de belladone	0 gr. 60
Vaseline	25 gr. »

P. Sée.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr Pierre Sée.
Lauréat de la Faculté.

Sur les érosions stomacales et leur traitement, par Cl. Berger (*Münch. med. Woch.*, 4 juin 1907). — Les érosions stomacales qui peuvent donner lieu à des hémorragies très graves se produisent dans des conditions très diverses. Elles peuvent constituer toute la maladie comme dans les cas de Einhorn et dans l'érosion simple de l'estomac ou être secondaires à des troubles de la circulation locale et à l'action des bactéries ou substances toxiques. L'auteur publie deux observations dans lesquelles la maladie parut débuter brusquement sans

avoir été précédée par aucun trouble; des hématémèses profuses, renouvelées à de courts intervalles, furent les premiers symptômes. Jamais il n'y eut, d'ailleurs, de symptômes gastriques. Les hémorragies aboutirent dans les deux cas, très rapidement, à une anémie secondaire grave. Les deux malades succombèrent l'une à une embolie pulmonaire, l'autre à l'anémie secondaire.

L'intervention chirurgicale a été considérée par Dieulafoy comme le seul moyen de sauver les malades.

Cependant, il est difficile de la conseiller lorsque les hémorragies se reproduisent par l'érosion d'un vaisseau. Dans les deux cas, on ne retrouve à l'autopsie aucun vaisseau ouvert, de sorte que le résultat de l'intervention aurait été illusoire, d'autant plus que certains n'admettent l'intervention que dans le cas où, malgré le traitement diététique, il y a de la stase ou rupture de l'ulcère et production d'un abcès sous-phrénique. Dans ces deux cas, l'auteur a prescrit le régime de l'ulcère et administré de hautes doses de bismuth. Des lavages de l'estomac ont été faits avec une solution de nitrate d'argent à 1 ou 2 : 1.000. Dans un cas, l'hémorragie ne s'est pas reproduite; dans le second, elle a réparu au bout de cinq jours.

L. Jumon.

L'eau de mer en ingestion dans les dyspepsies, par Carles et Barrère (*Bull. génér. de thérapeutique*, 30 mai 1907). — Les auteurs estiment que cette antique méthode de traitement des dyspepsies mérite d'être tirée de l'oubli. On fait prendre 50 à 100 cc. d'eau de mer, tirée au large par temps calme pendant trois jours, puis la dose est portée et maintenue à 200 cc. pendant les 11 jours suivants. La dose quotidienne est prise en deux fois avant les deux principaux repas, soit pure, soit coupée d'eau.

Les recherches des auteurs, relatives à 35 malades, ont montré que l'hyperchlorhydrie est le plus habituellement aggravée par ce traitement. Dans la gastro-entérite chronique (4 cas), ses résultats ont été au contraire très encourageants. Chez les dyspeptiques nerveux, l'eau de mer provoque des phénomènes d'excitation. En dehors de ces cas, on reconnaît que ce traitement modifie rapidement les divers troubles morbides ressentis par les malades. Dès les premiers jours, la langue se nettoie, la bouche est moins amère, les nausées se calment, la tendance au sommeil après les repas rétrocède peu à peu. On observe une augmentation de poids souvent considérable.

Les analyses des repas d'épreuve ont démontré que l'eau de mer provoque un relèvement rapide du taux de la sécrétion chlorée stomacale.

E. Vogt.

Colite aiguë et colite ulcéreuse, traitement, par Sidney-Phillips (*The Brit. med. J.*, 8 juin 1907). — En traçant le tableau clinique de cette affection, l'auteur fait ressortir certains points. C'est d'abord l'absence éventuelle de douleur même dans la forme ulcéreuse, grave, mortelle; la colite n'est pas une maladie très douloureuse. La leucocytose est si constante qu'elle constitue un des symptômes de la maladie. Le hoquet survient au cours de la colite ulcéreuse avec tant de fréquence qu'on peut le considérer comme un phénomène clinique de cette maladie. Enfin la température peut avoir un caractère intermittent.

Le traitement doit tendre à diminuer la quantité de substances toxiques dans le côlon. On a employé, à cet effet, de nombreux antiseptiques dont une partie seulement sans doute exerce une action directement sur le côlon. De tous les antiseptiques aucun n'est si utile ici que le mercure sous forme de pilules bleues, de poudre grise ou de calomel, associé à l'opium, s'il excite de la diarrhée. Le mercure peut être pris durant très longtemps à petites doses dans la colite sans déterminer de l'hydrargyrisme. Peut-être exerce-t-il une action autre que l'antisepsie, car il semble certainement limiter la maladie. En même temps on donnera des lavements additionnés d'eau oxygénée ou d'hypochlorite. Dans quelques cas, des solutions faibles de nitrate d'argent sont utiles.

La diarrhée peut être combattue par des lavements avec ou sans opium ou par du salicylate de bismuth, etc., donné par la bouche. En général, malgré la diarrhée, il y a tendance à la rétention des fèces dans l'intestin probablement à cause de l'état atonique du côlon, ce qui demande parfois l'usage des lavements. Les purgatifs même légers, comme l'huile de ricin, ou les purgatifs salins peuvent aggraver beaucoup les symptômes, mais après la période aiguë, de légers laxatifs sont permis.

L'hémorragie intestinale peut être assez grave pour constituer un danger; le mieux est donner un lavement avec de l'adréna-

line ; dans un cas il fallut ouvrir le cæcum pour arrêter directement l'hémorragie.

Contre le hoquet on a essayé beaucoup de médicaments, mais l'opium est le seul qui puisse donner quelque résultat en permettant au malade de dormir.

L'alimentation doit être l'objet de soins particuliers en raison de l'action épuisante de la maladie. Le régime doit être mixte : il est utile de donner du jus de fruit ou de citron. Dans un cas d'inflammation intense et phlegmoneuse, l'auteur a donné avec un résultat apparent de fortes doses de perchlorure de fer.

La colotomie ou cæcostomie a été faite quelquefois pour dériver le cours des matières des parties atteintes, parfois aussi pour diminuer une hémorragie dangereuse ou même pour prévenir les dangers d'une obstruction aiguë.

L. Jumon.

Constipation et hypothyroïdie, par MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild (*Soc. biol.*, 13 avril avril 1907). — MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild citent les observations de 61 malades atteints de constipation. L'âge de ces malades varie de trois ans et demi à soixante-treize ans

Les auteurs ont traité les 61 sujets par la médication thyroïdienne, et ils ont obtenu des résultats variables. En effet, la constipation a disparu chez certains malades, après l'ingestion de deux ou trois cachets ; chez d'autres, au contraire, elle n'a cédé qu'après l'absorption de 53 et même 90 cachets et elle a réapparu dès la cessation du traitement.

Les sujets constipés, ainsi traités, présentaient des signes d'hypothyroïdie (migraine, rhumatisme chronique, arrieration mentale, etc.). Le traitement thyroïdien, d'après les auteurs, ferait cesser également ces symptômes.

Pierre Sée.

Le fruitarisme et la physiologie alimentaire, par M. H. Collière (*Thèse, Paris* 1907). — Dans cet intéressant travail, M. Collière démontre que le régime exclusif des fruits suffit à fournir le chiffre de 2.600 calories nécessaire pour couvrir les dépenses d'énergie. Ce régime donne également la quantité d'albumine indispensable à l'entretien de l'organisme. L'auteur, en effet, prouve, à l'aide des tableaux qu'il a réunis dans sa thèse, que le régime des fruits peut donner 110 grammes d'albumine, 69 grammes de graisse et 422 grammes d'hydrate de carbone. Ce fait n'a rien qui doive nous surprendre, puisque un kilogramme de fruits aqueux sucrés, tels qu'oranges, pommes, poires, etc., contient, suivant l'espèce du fruit. 2 gr. 5 à 9 gr. 4 d'albumine, 2 gr. 2 à 6 gr. 2 de graisses et 113 grammes à 252 grammes d'hydrates de carbone.

La composition chimique varie un peu suivant la nature des fruits (fruits à noyaux tels que pêches, prunes, cerises ; baies, telles que groseille, raisin, etc.); mais les chiffres qu'on obtient sont toujours voisins de ceux que nous venons de citer.

Dans les fruits séchés, les tissus sont naturellement plus concentrés.

Enfin, les fruits farineux (châtaignes), ou oléagineux (olives, noix) sont très riches, les premiers en hydrates de carbone, les seconds en graisses, et ils fournissent donc un nombre considérable de calories.

M. Collière considère que le régime fruitarien est supérieur au régime végétarien proprement dit, à cause de la richesse des fruits en acides organiques (malates, tartrates, citrates, etc.). Les fruits acidulés, pris avant le repas, constitueraient même, aux yeux de l'auteur, un excellent apéritif.

L'eau elle-même, contenue dans les fruits, jouirait de propriétés particulières. Elle posséderait, de même que les eaux minérales prises à la source, une vitalité spéciale.

Ce régime doit donc être recommandé aux constipés, aux intoxiqués, aux neuro-arthriques.

Pierre Sée.

La jaunisse et les purgatifs, par Ide (*Revue médicale de Louvain*, 15 juin 1907). — Autrefois on attribuait très souvent l'ictère au catarrhe ; aujourd'hui, on diagnostique plus souvent la lithiase biliaire. Mais, très souvent, le diagnostic reste en suspens entre l'ictère catarrhal et le calcul biliaire. On se préoccupe alors surtout du régime et de la constipation sur lesquels, d'après l'auteur, il règne des opinions erronées, plus traditionnelles que légitimes. On est trop sévère pour le régime, on est sérieusement imprudent pour les purgatifs.

L'ictère catarrhal exige assurément un régime doux de gastro-entérite. La dyspepsie des jours de crise doit être respectée et

l'on doit préférer ici le régime des indigestions : après la crise, il ne faut pas faire des défenses exagérées. On défend les repas surabondants, la mastication doit être lente, mais les repas doivent avoir lieu à l'heure habituelle. Même en revenant au régime ordinaire, le malade s'aperçoit qu'il reste très longtemps sans crise.

L'usage des purgatifs mérite plus d'attention. La tradition met d'abord les purgatifs au premier rang pour toutes les médications abdominales, on espère que le flux biliaire entraînera le calcul. Cependant, les purgatifs salins, qui sont les meilleurs, ne font pas couler la bile.

La constipation qui est fréquente dans la lithiase biliaire est une autre raison de purger, d'autant que les patients sont très frappés par les particularités des selles au cours de l'ictère. Or, précisément à cause de l'absence de la bile dans l'intestin, il faut éviter les purgatifs qui peuvent irriter le tube digestif dans toute sa longueur. Le calomel est le premier à prohiber. Il faut même déconseiller les résines, la rhubarbe et le séné.

Pour forcer la constipation trop longue, on donnera d'abord des lavements, puis le sulfate de soude et le citrate de magnésie. L'état délabré, auquel aboutissent bien des sujets souffrants de calculs biliaires, depend bien plus des médications intempestives qui se sont succédé sans répit, que du passage des calculs eux-mêmes. Avant tout, il ne faut pas irriter l'intestin qui est privé ici de son protecteur naturel, la bile.

L. Jumon.

De l'influence qu'exerce l'alimentation sur la sécrétion pancréatique. Observation d'un homme atteint de fistule du pancréas, par M. Wohlgemüth (de Berlin) (*XXIVe Congrès allemand de Médecine interne*, tenu à Wiesbaden, 15-18 avril 1907). — M. Wohlgemüth a observé un homme atteint de fistule du pancréas, et il a recherché l'influence de l'alimentation et de quelques médicaments sur la sécrétion du suc pancréatique. Il a vu que l'écoulement était abondant après l'ingestion d'hydrates de carbone, ou d'acide chlorhydrique. Au contraire, les matières albuminoïdes, les graisses, le bicarbonate de soude diminuaient la sécrétion.

L'auteur mit alors le malade à un régime antidiabétique sévère, composé presque uniquement d'albuminoïdes et de graisses. Le patient fut privé d'hydrates de carbone et prit du bicarbonate de soude à haute dose. A la suite de ce traitement, la fistule se ferma complètement et le sujet engraissa de 8 kilogrammes.

Pierre Sée.

Action de quelques substances sur la sécrétion du suc pancréatique, par M. Bickel (de Berlin) (*XXIVe Congrès allemand de médecine interne, tenu à Wiesbaden*, 15-18 avril 1907). — Dans le traitement des maladies du tube digestif, il importe de pouvoir agir sur la sécrétion pancréatique. Il résulte des expériences de M. Bickel que la sécrétion pancréatique est augmentée par l'acide chlorhydrique, la pilocarpine, l'alcool, les teintures amères, la teinture de quinine composée. La sécrétion est, au contraire, diminuée ou arrêtée par l'atropine, la morphine, le bicarbonate de soude, les eaux alcalines. Elle est également influencée par les troubles de la digestion gastrique.

M. Bickel recommande, pour exciter ou modérer l'action digestive du pancréas, l'emploi des substances que nous avons citées.

Pierre Sée.

Lavements de crème et de pancréatine, par M. E. Meyer (de Halle) (*XXIVe Congrès allemand de médecine interne, tenu à Wiesbaden*, 15-18 avril 1907). — D'après M. E. Meyer, il est souvent difficile, chez les malades que l'on nourrit avec des lavements, de faire absorber les graisses par voie rectale. Aussi l'auteur conseille-t-il d'employer, comme substance grasse, la crème additionnée de peptone et de pancréatine : on préparerait ainsi des lavements non irritants et d'une grande valeur nutritive.

Pierre Sée.

Contre les vomissements incoercibles, d'après M. Bossy (*Journ. de méd. de Paris*, n° 21, 26 mai 1907, p. 197).

Prendre, quelques minutes avant le repas, dans un demi-verre d'eau froide sucrée, une cuillerée à café de la solution :

Picrotoxine.....	} ااا	0 gr. 05
Chlorhydrate d'héroïne.		
Chlorhydrate de cocaïne		
Sulfate neutre d'atropine.....		0 gr. 01
Eau de laurier cerise.....		5 gr. »
Eau chloroformée q. s. pour..		100 cc.

L'Hibiscus Sabdiriffa comme laxatif (*J. de méd. de Paris*, n° 22, 2 juin 1907, p. 208). — L'*Hibiscus Sabdiriffa* est un arbrisseau cultivé dans les pays chauds, et en particulier à la Jamaïque. La décoction acidulée de cette planche est rafraîchissante et diurétique. La racine de l'Hibiscus possède des propriétés laxatives.

P. Sée.

Appareil pulmonaire.

Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de l'artériosclérose abdominale et des états congénères, par Perutz (*Münch. med. Woch.*, 4 juin 1907). — Dans le traitement de ces états, la théobromine et la diurétine occupent le premier rang pour combattre l'angine abdominale et la douleur abdominale artérioscléreuse. Leur action sur la douleur est si rapide, que le soulagement, sous leur influence, a une valeur diagnostique. On doit donner la théobromine aux doses de 2 à 3 grammes par jour, pendant un certain temps.

L'agurine et la théocine ont une action analogue. Brener croit que la théobromine est un médicament vasculaire, qui peut diminuer l'excitabilité réflexe.

Buch recommande la teinture de strophantus dont il fait prendre V à VIII gouttes, deux à trois fois par jour. Frankel, de son côté, a prescrit avec succès de petites doses d'iodure, 25 à 30 centigrammes, deux fois par jour, pendant longtemps.

Les nitrites de soude et de potasse ont une action vasodilatatrice très utile. Pal prescrit trois à quatre cuillerées à soupe par jour d'une solution de 5 grammes de nitrite de potasse et de 1 gramme de nitrite de soude dans 150 grammes d'eau. Le tétranitrate d'érythrol aurait une action plus rapide.

Le traitement de l'accès est le même que celui de l'angine de poitrine. Les applications sinapisées, les manuluves chauds, la saignée et les ventouses scarifiées peuvent apporter du soulagement pendant quelque temps.

L'injection de morphine calme la douleur passagèrement : il est préférable de l'associer avec l'atropine.

Le traitement diététique et physique a une grande importance. Les demi-bains, les bains carbogazeux agissent sur la pression sanguine, le travail du cœur et la distribution sanguine. L'alimentation doit être légère et il faut éviter toute surcharge gastrique; la quantité de viande doit être très restreinte, il vaut mieux supprimer cet aliment durant quelque temps. Le régime végétal place la circulation dans de meilleures conditions. L'alcool et le tabac seront, autant que possible, supprimés.

Le massage abdominal et la faradisation des muscles abdominaux font souvent cesser les douleurs et abaissent, en même temps, la pression sanguine.

Il faut encore mentionner les grands lavements qui combattent la stase intestinale, abaissent la pression sanguine en facilitant le travail du cœur.

L. Jumon.

Traitement des aortites abdominales, par L. Mayet (*La Province médicale*, 22 juin 1907). — L'aortite abdominale peut se développer à la suite des inflammations de voisinage, des ptoses viscérales, de l'entérocolite, de la périnéphrite, péricholécystite, de l'appendicite. Parfois elle est primitive, ou elle est de nature athéromateuse, enfin les divers traumatismes peuvent jouer un rôle étiologique.

L'aortite abdominale se traduit par une douleur ayant un siège et des caractères particuliers, par la contracture vigilante du muscle grand droit de l'abdomen, les battements du vaisseau, l'hypertension de la pédieuse, par des crises gastralgiques, entéralgiques et cardialgiques, par de la diarrhée séreuse, des battements épigastriques, enfin par l'élévation de la température rectale.

L'aortite abdominale aiguë relève du même traitement que l'aortite thoracique. On usera des mercuriaux.

Les symptômes douloureux seront combattus par des lavements chauds de chloral et d'antipyrine.

Dans la forme chronique, le malade gardera le repos dans le décubitus dorsal, pendant les deux heures qui suivent le repas; il portera une sangle hypogastrique. De temps à autre, badigeonnages de collodion, emplâtre de Vigo, vésicatoires volants.

Au processus inflammatoire, on opposera l'iodure de sodium, à la dose de 30 à 40 centigrammes par jour, pendant vingt jours consécutifs par mois. De temps à

autre, on le remplacera par un sirop iodotannique.

On surveillera les digestions et on préviendra les fermentations intestinales.

Les douleurs abdominales réflexes, souvent très violentes, seront traitées par le bromure et la valériane. Il faut donner la préférence au bromure d'ammonium qui sera pris en lavement.

Quant aux eaux, il faut envoyer les malades à des stations où l'on ne boit pas et où les eaux agissent spécialement sur la circulation abdominale. On recommandera ainsi les eaux de Plombières, puis Bourbon-Lancy et Néris.

L. JUMON.

Prophylaxie et traitement de la maladie des scaphandriers, par le prof. BOINET (*Marseille médical*, 15 juin 1907). — L'auteur résume ses communications antérieures sur la maladie des scaphandriers due à la production de bulles gazeuses dans le sang à la suite d'une décompression trop brusque et en étudie la prophylaxie et le traitement.

Pour prévenir cette maladie, il faudrait que la décompression fût très lente, malheureusement sa durée théorique est trop grande pour être applicable aux conditions dans lesquelles se trouvent placés les pêcheurs de corail. Pour éviter les dangers d'une décompression trop rapide, von Schrœtter a préconisé des inhalations d'oxygène, cinq minutes avant sa montée et continuée durant la période dite latente, pour prévenir les phénomènes cardiaques, pulmonaires ou médullaires déterminés par les embolies gazeuses, d'azote en particulier. Par ces inhalations, on se propose d'accélérer l'élimination de l'excès d'azote et de chasser ce dernier gaz de l'organisme ; si le scaphandrier respirait de l'oxygène à quarante mètres de profondeur, l'azote serait chassé en cinq minutes et n'empêcherait pas son dégagement sous forme de bulles.

La difficulté pratique est que l'oxygène sous haute pression est toxique. L'auteur étudie deux procédés pour permettre aux scaphandriers les inhalations d'oxygène au moment de la remonte.

Le premier consiste à brancher sur la partie supérieure du tuyau de refoulement d'air un tube communiquant avec un réservoir métallique à oxygène sous pression. Cette pression doit être réglée.

Dans le second procédé, le réservoir d'oxygène est fixé au thorax du plongeur sous le scaphandre.

Le traitement des accidents consécutifs consiste essentiellement en des modifications de méthode dans la récompression pour redissoudre les bulles dégagées et dans les inhalations d'oxygène pour obtenir l'élimination de l'azote accumulé dans le cœur veineux. La récompression peut se faire immédiatement avant ou après les inhalations d'oxygène.

L. JUMON.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON.

Chef de clinique de la Faculté de médecine.

La trinitrine dans deux cas de maladies mentales, par RÉMOND et VOIVENEL (*Le Progrès médical*, 1er juin 1907). — Les auteurs, dans certains troubles psychiques s'accompagnant de constriction des artères corticales, ont essayé les effets de la trinitrine, qu'il est facile de contrôler au moyen de l'ophtalmoscope.

Chez une hystérique de 48 ans, se plaignant de névralgies faciales intenses, avec troubles psychiques, l'administration de VI gouttes par jour, en trois prises, d'une solution ainsi formulée :

Trinitrine (solution alcoolique au centième)..... ..	5 gr.
Teinture de capsicum.....	7 gr. 50
Eau dist. de menthe.....	15 gr.

a amené en trois jours une disparition des phénomènes psychiques et des douleurs locales.

Dans un deuxième cas, il s'agissait de mélancolie anxieuse due à la ménopause, compliquée d'angoisse précordiale marquée.

Après trois jours de traitement, la sensation de constriction précordiale a fait place à un simple endolorissement, et tout a disparu le huitième jour ; l'état psychique s'est en même temps notablement amélioré.

Ces deux observations semblent démontrer que, dans les cas d'affections mentales où prédomine l'élément vaso-constricteur, on fera bien d'essayer la trinitrine.

E. VOGT.

Cas de méningite cérébro-spinale traités par la ponction lombaire et des injections de sérum méningococcique, guérison, par H. Mackenzie (*Brit. med. J.*, 15 juin 1907). — Bien que le cas publié, chez une enfant de six ans, fût très grave, il s'est terminé par la guérison. Cependant l'auteur ne peut tirer aucune conclusion sur les effets du traitement dans ce cas.

En ce qui concerne la ponction lombaire qui a été faite à plusieurs reprises, l'auteur la considère comme ayant une grande valeur dans toutes les formes de méningite. Elle doit être faite dès que le diagnostic de la nature du cas est établie et répétée à de courts intervalles, surtout lorsqu'il y a des signes d'augmentation de pression intracranienne. L'amélioration de l'état du malade dans ces conditions, après la ponction lombaire, est très frappante. L'auteur emploie toujours l'aiguille d'une seringue ordinaire à sérum. On ne doit laisser s'écouler le liquide que goutte à goutte et on le recueille dans un tube à essai.

Dans ce cas, il a été fait neuf ponctions dont deux furent blanches et on a retiré près de 270 cc. de liquide. Au début, le liquide était très louche, puis devint clair, redevint ensuite louche à la quatrième ponction, puis opalescent ou clair. Les cellules étaient surtout des polynucléaires.

Quant au sérum méningococcique, il fut préparé avec les micro-organismes retirés par la ponction lombaire. Les injections vaccinales ont produit de l'œdème et de la rougeur autour des piqûres. L'auteur attribuerait le résultat favorable surtout à la ponction lombaire.

L. Jumon.

Traitement de l'ataxie locomotrice par la fibrolysine, par M. Pope (*Brit. med. J.*, 22 juin 1997). — Dans ce cas qui concerne un homme de trente-deux ans atteint d'ataxie locomotrice, le traitement par la fibrolysine fut suivi d'une amélioration considérable et par le retour des réflexes rotuliens. Le malade n'avait pas d'antécédents syphilitiques. L'incoordination portait sur tous les membres. Le malade était incapable de se tenir debout ou de marcher. Signe d'Argyll-Robertson, inégalité pupillaire, absence de réflexes rotuliens. Légère difficulté de la miction.

Traitement: injections intra-musculaires de fibrolysine à la dose de 2, 3 cc. tous les deux jours. Après neuf injections, la station debout s'était améliorée, ainsi que les troubles de la sensibilité. Après vingt-deux injections, retour des réflexes rotuliens. Les injections qui n'eurent aucun effet fâcheux furent suivies d'une sensation de chaleur et de transpiration. Le malade put marcher sans aide, mais avec deux cannes. La réaction pupillaire est restée la même. L'auteur se propose de continuer l'étude de ce traitement.

L. Jumon.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles

Dr Courtade,
Ancien interne des hôpitaux.

Troubles de la menstruation et maladies du rhino-pharynx, par Royet (*Soc. française pour l'avancement des sciences*, Lyon 1906). — Des synergies fonctionnelles entre le rhino-pharynx et l'appareil génital paraissent, tout d'abord, improbables et, cependant, elles existent, comme l'a montré Fliess. M. Royet rapporte des faits à l'appui de cette synergie qui se traduit : 1° par l'apparition d'écoulement sanguin génital, immédiatement ou très peu de temps après une intervention un peu importante sur le cavum; 2° par des modifications favorables et persistantes de dysménorrhées douloureuses à la suite de traitement du rhino-pharynx.

L'auteur rapporte deux cas de la première catégorie : dans l'un, il s'agit d'une femme de trente-sept ans, épileptique, à crises rares, mais atteinte d'un vertige si intense qu'il empêchait même la station debout. M. Royet pratiqua l'intervention qu'il a préconisée; la destruction des adhérences de la trompe d'Eustache à la paroi postérieure du cavum; l'hémorragie consécutive fut assez forte ; le jour même, il survint un écoulement de sang génital qui devançait les règles de dix jours. Quatre mois après, une semblable intervention fut suivie des mêmes conséquences. Le vertige et les idées mélancoliques furent très améliorés.

La deuxième malade, âgée de trente-neuf ans, est atteinte de surdité légère avec bourdonnements et des vertiges spontanés ou provoqués; comme elle présente des symphyses salpingo-pharyngiennes très prononcées, M. Royet procède à la libération des trompes, suivant sa méthode. Les règles

apparaissent une heure après, bien que la malade soit loin de la période menstruelle.

Une seconde intervention pharyngée, pratiquée longtemps après la première, est suivie de l'apparition des règles en dehors de leur époque.

Chez toutes les malades qui ont présenté cette synergie, d'une façon plus ou moins nette, l'auteur a trouvé une tendance à des idées mélancoliques ; le pharynx était, de plus, congestionné.

Dans le deuxième ordre de synergies rentrent les cas d'amélioration de la dysménorrhée par le traitement des rhino-pharyngites.

Chez une malade de vingt-huit ans, dont les règles sont très douloureuses pendant le premier jour, le traitement de la rhino-pharyngite et la rupture de quelques adhérences des trompes est suivi d'une amélioration considérable des douleurs menstruelles ; l'écoulement sanguin dure moins, mais est plus abondant ; de plus, la malade n'est pas obligée de garder le lit ou de recourir aux calmants pendant cette période.

Une autre malade, de vingt-quatre ans, est atteinte de rhino-pharyngite avec surdité, vertiges, gêne respiratoire, etc. La rupture des adhérences tubaires avec le doigt et la discision de nombreuses poches pharyngiennes avec le crochet de Ruault a été suivie de la disparition des symptômes précédents et d'une dysménorrhée extrêmement douloureuse qui obligeait la malade à garder le lit quatre jours tous les mois.

La cocaïnisation de la muqueuse du nez ne faisait disparaître les douleurs que pendant la durée de l'anesthésie.

Il est impossible de donner une explication physiologique de pareils faits.

A. Courtade.

Prophylaxie et traitement de la tuberculose laryngée, par Hommer Dupuy (*New-Orl. med. and surg. J.*, juin 1907). — Le traitement général tel qu'il est institué dans un sanatorium n'exclut pas les soins locaux des lésions laryngées. Ce sont les lésions qui, une fois développées, rendent la guérison de l'affection pulmonaire tout à fait impossible.

Dans les cas où les lésions sont circonscrites, superficielles et n'ont pas de tendance à s'étendre, le traitement local est inutile, sinon nuisible.

Le repos aussi complet que possible de la voix est une condition essentielle du traitement à toutes les périodes de la maladie, mais surtout au début. La trachéotomie pour obtenir le repos complet du larynx est un moyen incertain, qui peut tout au plus prolonger l'existence.

Le traitement local constitue une souffrance dans les cas avancés de tuberculose pulmonaire ; dans les cas de dysphagie et de douleur, l'auteur a retiré de bons résultats de l'emploi de l'orthoforme, qu'on insuffle à l'état dilué, puis à l'état pur dans les périodes plus douloureuses. On ne doit recourir au spray de cocaïne qu'à la dernière extrémité.

Les indications du traitement dépendront de l'état, de l'étendue, du progrès et du caractère des lésions laryngées. Lorsqu'il y a de l'infiltration et des ulcérations, on peut beaucoup obtenir d'un traitement local énergique et soutenu. L'auteur a limité son choix à trois agents, le formol, l'acide lactique et le galvano-cautère, qu'il emploie à tour de rôle.

Il est nécessaire d'abord d'anesthésier le larynx.

L'acide lactique en solutions à 50 et 75 0/0 est employé contre les lésions purement ulcéreuses et jamais dans les infiltrations simples.

Le formol en solutions de 5 à 20 0/0 donne souvent des résultats remarquables, surtout dans les cas d'infiltrations rebelles. On commence par les solutions les plus faibles. Sur les ulcérations il a parfois plus d'action que l'acide lactique. On obtient l'action la plus favorable en frictionnant les parties malades avec la solution : la réaction est parfois intense, mais jamais sérieuse.

Le galvano-cautère est applicable à des lésions variées à divers degrés ; parfois les résultats obtenus sont supérieurs à ceux que donnent l'acide lactique et le formol. C'est le seul moyen à employer pour détruire les végétations inter-arythénoïdiennes.

Le traitement prophylactique consiste à recommander le repos de la voix aux prédisposés, à les placer dans un milieu propre, dépourvu de poussières, à soigner les diverses lésions du nez et de la gorge qui peuvent survenir, à combattre la toux qui est une cause de congestion du larynx.

L. Jumon.

Le repos vocal complet dans la tuberculose laryngée, par Bardowel et Adams (*The*

Brit. med. J., 8 juin 1907). — Les auteurs ont appliqué le repos vocal complet à six tuberculeux pulmonaires dont le larynx était en même temps atteint. Dans trois cas, on fit, en outre, des applications périodiques d'acide lactique. Comme le traitement est fastidieux et difficile à observer, il faut expliquer au malade l'intérêt qu'il a à observer le silence. Il n'est pas nécessaire d'isoler complètement les malades et de leur faire prendre leur repas à part, il vaut mieux leur permettre la promenade avec ceux qui ne sont pas atteints du larynx, en choisissant toutefois leurs compagnons d'infortune. Du reste, lorsque les malades voient leur état de larynx s'améliorer, ils se soumettent plus facilement au traitement.

Comme résultat du traitement qui a été poursuivi durant plus de cinq mois, l'affection laryngée s'est améliorée dans tous les cas dans une mesure énorme Dans quatre cas où il y avait des ulcérations à l'entrée des malades, ces lésions se sont complètement cicatrisées, la congestion et le gonflement ont beaucoup diminué. Dans cinq cas, la voix a repris son caractère normal et, chez le sixième, la raucité de la voix a beaucoup diminué. Il est à noter que chez tous l'état des poumons et la santé générale ont suivi une marche parallèle à l'amélioration du larynx. Il n'en est cependant pas toujours ainsi, car un malade observé depuis a vu son état laryngé s'aggraver, tandis que son état pulmonaire s'améliorait.

Le repos du larynx ne doit pas, d'ailleurs, être un traitement exclusif et il faut employer aussi un traitement local suivant les indications.

L. Jumon.

Thrombophlébite du sinus latéral d'origine otique, traitement, par Raptas (*Gazette médicale d'Orient*, mai 1907). — L'étude du traitement à appliquer aux différents cas de thrombophlébite du sinus latéral est loin d'être épuisée. Moure, dans une communication sur la cure radicale de l'otorrhée, a dit que, dans la phlébite du sinus latéral, il ne fait jamais la ligature de la jugulaire, et Luc croit qu'il faut être réservé avec cette ligature et n'y recourir qu'alors que la phlébite a déjà envahi la veine jugulaire même.

D'après ses observations, Raptas divise les lésions du sinus latéral d'origine otique en trois catégories :

1° Thrombose pariétale du sinus sans interruption complète du courant sanguin dans le vaisseau malade;

2° Thrombose complète du sinus et interruption du courant sanguin plus ou moins loin vers le cœur;

3° Thrombose du sinus latéral par compression externe sans altération de la tunique interne, ou thrombose simple non infectieuse.

La première et la seconde forme sont des plus graves. Elles se caractérisent par une fièvre pyémique intense, des remissions fortes et des frissons. Ces deux formes peuvent se produire avec des lésions de l'oreille ou de la mastoïde tout à fait légères, accompagner une simple otite aiguë suppurative, ou même apparaître après guérison complète de l'otite moyenne.

Dans ces formes excessivement graves, il ne faut pas hésiter, en présence de symptômes pyémiques, à ouvrir le sinus malade. Il est alors toujours nécessaire de lier la jugulaire au-dessus des limites inférieures des altérations veineuses et d'ouvrir largement la veine avec le golfe de la jugulaire et le sinus latéral. La condition *sine qua non* est de ne pas laisser de partie atteinte non drainée et de laisser le moins possible de parties non drainées, et cela dès la première intervention, si le cas est très grave. Il est dangereux de faire des interventions incomplètes.

La troisième forme de thrombophlébite par compression est au contraire accompagnée d'altérations locales très prononcées, mais son pronostic est de beaucoup meilleur Cette forme est toujours accompagnée d'un abcès extra-dural. D'habitude, elle guérit par le simple nettoyage du foyer extra-dural et l'incision du sinus, si celui-ci ne s'est pas ouvert spontanément. La ligature de la veine jugulaire est inutile, sauf si les symptômes de pyémie intense continuaient malgré le nettoyage du foyer malade.

L. Jumon.

Maladies vénériennes. Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE,
Médecin des hôpitaux.

Sur un danger de la médication par l'atoxyl et l'obligation qu'il impose, par M. Hallopeau (*Académie de médecine*, 10 juillet 1907). — Il s'agit de troubles

visuels : une femme atteinte de névrites alcooliques, ayant subi, pendant vingt-huit jours, une cure intensive par l'atoxyl allemand, a été atteinte d'une amaurose. De son côté, M. Hallopeau a observé, chez deux malades traités par l'atoxyl allemand, des troubles d'ailleurs peu prononcés et passagers de la vision alors qu'il ne s'est rien produit de semblable chez les cent syphilitiques qu'il a traités à Saint-Louis par l'anilarsinate de soude pur; enfin, l'on a signalé à la Conférence de Londres pour la prophylaxie de la maladie du sommeil, six cas de troubles de la vue chez quatorze sujets traités par l'atoxyl à des doses accumulées qui ont varié de 5 gr. 50 à 55 grammes. Ces faits doivent être pris en considération et, pour obéir à l'axiome *primum non nocere*, l'auteur conseille de s'en tenir à une cure instituée ainsi qu'il suit : une première injection de 75 centigrammes d'anilarsinate de soude pur; deux jours après, troisième injection réduite à 50 centigrammes. N'ayant jamais observé de phénomènes d'intolérance qu'après la quatrième injection, M. Hallopeau a la certitude presque absolue de les éviter en procédant ainsi Une seconde série ne sera pratiquée qu'après plusieurs mois.

Cette médication restreinte donnera encore des résultats très efficaces. La cure syphilitique de quatre années consécutives pourra désormais être instituée dans les conditions suivantes : en premier lieu, la série de trois injections aux doses indiquées ci-dessus chez un sujet de stature moyenne. Après dix jours de repos, traitement mercuriel de deux mois. Ultérieurement, après une nouvelle série d'atoxyl et un nouveau repos de dix jours, nouveau traitement mercuriel de deux mois et ainsi de suite. On pourra y joindre, dans les dernières années, l'iodure de potassium. En procédant ainsi, on agira avec le maximum d'intensité possible sur le spirochæte et l'atoxyl, qu'on peut regarder, à juste titre, comme le troisième spécifique de la syphilis, prendra, dès lors, la place qui lui convient, sans danger d'accidents.

R. Blondel.

Traitement de la syphilis congénitale, par Wendel Kilmer (*The monthly Cycl. of pract. med.*, mai 1907). — Ayant employé des formes variées de mercure dans le traitement de la syphilis congénitale, l'auteur n'a admis pratiquement que le bichlorure de mercure employé par la bouche, ce qui constitue pour lui la meilleure méthode. Les frictions tachent les vêtements et sont abandonnées par les parents. Le bichlorure de mercure est habituellement administré aux enfants dans de l'eau pure, chaque cueillerée à thé contenant la dose requise de mercure. Chez un nourrisson, l'auteur commence par 0 gr. 0003 matin et soir; de un à deux ans, il commence par 0 gr. 0006 matin et soir pendant quelques jours, puis donne la même dose trois fois par jour. Après un ou deux jours il a porté la dose à 0 gr. 0006 pour un enfant de six mois; pour les enfants d'un à deux ans, la dose est de 1 centigramme. Ces doses peuvent être augmentées légèrement s'il n'y a pas de signe de mercurialisation et notamment de selles verdâtres, car on n'obtient pas la salivation chez les enfants et l'administration du mercure ne se manifeste que par des selles liquides vertes.

Si l'enfant supporte bien le traitement, on le continue jusqu'à disparition des symptômes de syphilis.

Quant à l'iodure de potassium, il est mieux de le donner à part. Après disparition des symptômes, il faut surveiller l'enfant tous les mois pendant six mois, puis tous les deux mois et ensuite tous les six mois jusqu'à la puberté. Il semble toujours nécessaire de faire suivre un traitement antisyphilitique pendant deux semaines tous les six mois.

L. Jumon.

Traitement de la néphrite syphilitique, par Widal (*Soc. méd. des hôp.*, 10 mai 1907). — Le traitement spécifique de la néphrite syphilitique n'est pas exempt de danger : l'auteur a vu beaucoup de cas traités par le mercure et suivis de terminaison mortelle. Il vaut mieux mettre simplement le malade au repos et au régime déchloruré, sans aucun médicament : c'est de cette façon que l'on a le plus de chances d'obtenir la guérison de la néphrite.

M. Deschamps.

Maladies des voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Moyen d'éviter l'épididymite dans le traitement de la blennorragie aiguë

et subaiguë, par NEUBURGER (*Dermat. Zeitschr.*, XIV, 1, 1907). — L'auteur se montre en contradiction absolue avec le professeur Neisser qui préconise les injections fréquentes, abondantes et prolongées de protargol, dans le but d'éviter toute infection de l'urètre postérieur. Pour Neuburger, une telle pratique ne peut que favoriser l'éclosion de l'épididymite, en forçant le muscle compresseur et en permettant le passage du processus morbide dans l'urètre postérieur. Il est préférable, tout en utilisant le protargol en solution à 0,25 p. 100, de n'injecter que trois ou quatre fois par jour une quantité de 3 à 4 centimètres cubes : le malade ne doit jamais, au cours de l'injection, ressentir de pression sur le sphincter. On ne gardera, au début, le liquide que pendant trois à quatre minutes : ce n'est que peu à peu qu'on passe à des solutions de 1 p. 100 ; jamais l'auteur ne dépasse ce chiffre. Quand l'inflammation est en voie de régression, on peut augmenter les doses injectées et faire garder le liquide cinq à sept minutes (de préférence en faisant deux injections coup sur coup).

S'il existe déjà une urétrite postérieure, on s'abstiendra d'injecter, en donnant du santal, du gonosan, etc., à l'intérieur. Si les réactions inflammatoires sont vives, on donnera des suppositoires de morphine, en veillant à la régularité des selles.

Les lavages de Janet ne seront administrés que dans la période subaiguë.

L'auteur n'a observé que six épididymites sur deux cents cas traités, alors que la méthode de Neisser lui avait donné 9 p. 100 de complications testiculaires.

E. VOGT.

La goutte testiculaire, par FINK (*Province médicale*, 13 avril 1907). — L'existence de l'orchite goutteuse, longtemps discutée, n'est plus contestée aujourd'hui, malgré sa rareté.

Le tableau symptomatique diffère peu de l'orchite ordinaire : cependant le testicule ne présente pas une rénitence aussi nette, il reste lisse sans nodosités, sans indurations limitées. L'épididyme est également pris, et plus il est gros, plus l'affection est douloureuse. Il n'y a pas de liquide dans la vaginale.

La résolution est rapide : elle coïncide généralement avec l'apparition d'une fluxion articulaire. Il existe des tophi dans l'albuginée, la vaginale, le tissu péri-épididymaire.

Le traitement est symptomatique : le colchique est inactif : il vaut mieux administrer des dissolvants de l'acide urique comme le lycétol et la citarine.

M. DESCHAMPS.

Cure radicale de l'hydrocèle, par GENOUVILLE et PÉRAIRE (*Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 1er avril 1907). — Les auteurs décrivent la cure radicale de l'hydrocèle par le procédé de Longuet, qui consiste à faire le retournement de la vaginale que l'on fixe en outre par un surjet rétro-funiculaire au catgut : le testicule est ensuite placé dans une loge creusée avec le doigt, par décollement et clivage, dans l'épaisseur de la tunique scrotale au niveau de la lèvre interne de l'incision cutanée.

La modification personnelle signalée dans ce travail consiste dans le mode d'anesthésie. L'incision est faite à la cocaïne selon le procédé habituel : quant à la vaginale, elle est anesthésiée avec une solution d'antipyrine à 1/20e dont on verse dans la cavité une quantité qui varie de 40 à 60 grammes, et qui est laissée 2 ou 3 minutes ; en outre, pendant la suture, le testicule est manié entouré d'une compresse imbibée de la même solution. L'antipyrine n'est versée dans la cavité vaginale que lorsque l'incison du scrotum est faite et le liquide évacué : l'incision de la vaginale est provisoirement très petite pour qu'on puisse la fermer avec une pince de Kocher pendant qu'on y fait séjourner la solution.

Ce procédé d'anesthésie atténue et souvent même supprime complètement la sensibilité du testicule.

M. DESCHAMPS.

Traitement de la rétention d'urine chez les prostatiques par l'adrénaline, par SARRADON (*Echo médical des Cévennes*, avril 1907). — L'auteur rapporte l'observation d'un malade prostatique qui eut son premier accès de rétention après un repas copieux ; on le sonda pendant cinq jours, au bout desquels on eut l'idée de lui faire une instillation de V à X gouttes d'adrénaline à 1 p. 5000, dans l'urètre postérieur. Dès la première instillation, il recommença à uriner normalement.

L'adrénaline a agi comme vaso-constrictive sur la congestion prostatique.

M. DESCHAMPS.

Traitement de l'hypertrophie de la prostate par les rayons X, par LASSUEUR (*Arch. d'électr. médicale*, 25 mai 1907). — Relation de 3 cas dans lesquels, au moyen de précautions spéciales, l'auteur est arrivé, en faisant tous les dix jours absorber une dose de R. X. à obtenir une réduction notable de prostates notablement augmentées de volume. Les malades se sont déclarés guéris; l'auteur n'admet qu'une amélioration considérable; ils urinent encore une fois la nuit.

La radiothérapie a le grand avantage d'intervenir dans ce cas au début, où l'on ne sait comment être utile aux malades.

Avec les précautions recommandées par l'auteur, la méthode est absolument indolore.

E. VOGT.

Abcès de la prostate, par RAFIN (*La Clinique*, 5 avril 1907). — Les deux causes ordinaires de l'abcès de la prostate sont la blennorragie et le cathétérisme. Les symptômes sont la douleur et la dysurie: le toucher rectal permet de fixer le diagnostic. La dysurie peut aller jusqu'à la rétention; l'indication d'intervenir est urgente dès que le cathétérisme est devenu nécessaire.

L'incision doit être faite par la voie périnéale, c'est la seule voie chirurgicale : une sonde est mise dans l'urètre, incision à courbure postérieure à deux travers de doigt au devant de l'anus, récliner le bulbe en avant, ménager le rectum en arrière en mettant un doigt dedans pour bien repérer l'ampoule; sectionner le muscle recto-urétral et ne pas essayer de décoller le rectum avant cette section, car on risquerait de le perforer. La prostate est alors incisée et drainée.

M. DESCHAMPS.

Du cathétérisme de l'uretère à travers la vessie ouverte, par LEGUEU (*Presse médicale*, 10 avril 1907). — Dans certains cas de vessies tuberculeuses intolérantes, il est impossible de pratiquer la cystoscopie ou la séparation des urines: si les signes cliniques ne permettent pas de localiser la tuberculose rénale, il peut être de toute nécessité de faire ce diagnostic si on veut intervenir utilement : on fera alors le cathétérisme des uretères à travers la vessie ouverte.

La taille de la vessie sera transversale de préférence; on place l'écarteur muni de tenons auxquels on fixe la paroi, on déplisse, s'il le faut, le bas-fond vésical avec le dépresseur. On passe dans l'urètre une sonde béquille n° 22 et on coupe le bout qui est dans la vessie, on a ainsi un tuyau urétral dans lequel on passe les deux sondes uretérales que l'on introduit alors séparément dans chaque orifice uretéral. Ces orifices sont quelquefois difficiles à trouver: on cherche à découvrir une éjaculation de l'urine, ou bien on fouille dans les plis de la muqueuse avec le stylet ou la sonde cannelée. Après avoir traité les lésions vésicales par le curettage ou la cautérisation au thermo ou au chlorure de zinc, on referme la vessie et on recueille les urines séparément au dehors.

L'auteur rapporte plusieurs observations où ce procédé lui a permis d'enlever le rein malade, et une fois de respecter des reins qui ne présentaient pas de lésions tuberculeuses, alors que la vessie était seule atteinte.

M. DESCHAMPS.

Méthode intra-uretérale pour l'expulsion des calculs enclavés dans l'uretère, par RUDOLF JAHR (*Münch. med. Woch.*, 11 juin 1907). — Pour combattre les accidents dus à l'enclavement d'un calcul dans l'uretère, on n'avait guère, jusqu'en ces dernières années, que des moyens de traitement symptomatique, parmi lesquels la morphine occupait le premier rang. Mais si le calcul n'était pas éliminé, le malade était souvent menacé d'urémie. Comme dernière ressource, restait l'opération chirurgicale exposant toujours le malade à de graves risques.

Klemperer a bien recommandé d'essayer de faire progresser le calcul jusqu'à la vessie, mais la manœuvre reste le plus souvent infructueuse.

L'auteur a réussi cependant à faire expulser un calcul enclavé dans l'uretère alors que l'anurie subsistait déjà depuis soixante heures et que des symptômes urémiques étaient déjà survenus. Dans un dernier essai, avant de recourir à l'opération, il introduit dans l'uretère, jusqu'au niveau du calcul, une sonde uretérale armée, à son extrémité, d'un ballon que l'on distend par de l'eau après son introduction. L'instrument étant introduit jusqu'au calcul, on gonfle ce ballon par une injection d'eau stérilisée, ce qui distend la partie de l'uretère sous-jacente au calcul. On peut ainsi étendre la distension jus-

qu'au delà du calcul, ce qui fait disparaître l'enclavement, avec d'autant plus de facilité que l'uretère est toujours fortement distendu par l urine en amont de l'obstacle. Il importe que, pendant l'introduction, l'instrument arrive, par son extrémité, en contact avec le calcul. Une injection d'une solution à 2 p. 100 d'eucaïne entre le cathéter et l'uretère permet de faire cesser le spasme.

L'auteur recommande, après la disparition de l'enclavement, de prolonger la distension de l'uretère pendant un quart d'heure. Si le calcul siège très haut, on peut injecter quelques centimètres cubes d'huile chaude stérilisée pour faciliter le glissement du calcul. La méthode, complètement inoffensive entre des mains exercées, se recommande dès que le calcul a séjourné plus de vingt-quatre heures dans l'uretère.

L. Jumon.

Uretéro-rectostomie (*Soc. de ch.*, 26 juin 1907). — Il est difficile d'imaginer une série de faits plus déplorables que ceux qui font l'objet du rapport de M. Delbet sur l'abouchement de l'uretère dans l'intestin. Qu'il s'agisse de *section* au cours de l'hystérectomie abdominale (M. Auvray), fait assez fréquent entre toutes les mains, ou de *fistules vésico-vaginales* au cours de l'hystérectomie vaginale, accident véritablement exceptionnel entre des mains exercées, toute tentative ayant pour but d'aboucher l'uretère à l'intestin n'a pu donner que des accidents nouveaux dus à l'intolérance de l'intestin, à l'infection ascendante du rein, à l'incontinence sous une nouvelle forme. Il faut donc abandonner l'espoir de remédier facilement à un accident aussi fâcheux que la section de ce conduit et considérer comme inextirpables les tumeurs qui lui sont adhérentes.

A. Benoit.

Action de la balnéation simple et de la sudation dans la néphrite, par Strasser et Blumenkranz (*Bl. f. Klin. Hydrothérapie*, mai 1907). — Les auteurs ont expérimenté sur des sujets atteints à divers degrés de néphrite parenchymateuse chronique ; ils ont constaté que des bains à 34 degrés de une heure et demie de durée provoquaient toujours une augmentation de la diurèse et de l'élimination du chlorure de sodium ; le chiffre de l'élimination azotée indique de même une augmentation, mais elle est variable et moins marquée. Cette action ne se manifeste que le jour du bain : le retentissement sur les jours suivants n'est pas de longue durée. Il faut interpréter ce résultat dans le sens d'une action excitante sur les fonctions rénales ; la circulation sanguine n'est pas seule influencée. Il semblait, en conséquence, indiqué de combiner le régime hypochloruré à l'administration de bains simples prolongés. Les auteurs ont appliqué leur méthode à un enfant atteint de néphrite scarlatineuse aiguë hémorragique ; ils ont prescrit le régime lacté et un bain quotidien à 34 degrés C., d'une heure de durée. Au cours du traitement, on supprima les bains trois fois ; aussitôt la fonction rénale fut défavorablement influencée.

L'expérience inverse, consistant à augmenter l'apport de chlorure de sodium, démontra que, chez les brightiques chroniques, cet apport diminue la diurèse : l'administration de bains prolongés provoque de suite une élimination exagérée du chlorure. Cette expérience indique qu'il ne faut pas hésiter chez des malades de ce genre, à appliquer la méthode aussitôt qu'apparaissent des œdèmes ou des signes d'urémie.

Il est facile d'obtenir une température de 34 degrés en recouvrant d'un linge la baignoire et en rajoutant toutes les dix minutes environ la quantité d'eau chaude nécessaire après avoir laissé écouler une certaine quantité d'eau. Après le bain, le malade, non essuyé, est mis au lit et y reste, bien couvert, pendant une à deux heures.

La dose la plus convenable est de deux bains quotidiens d'une heure. Chez les artério-scléreux avec symptômes urémiques marqués, on constate parfois des céphalées et des nausées.

Au point de vue des effets de la *sudation*, les expériences démontrèrent qu'avec des bains de lumière électrique à 55 degrés et de quinze minutes de durée, suivis d'un repos au lit d'une heure, malgré une élimination cutanée de 270 grammes environ, la quantité d'urine ne baissa que de 100 grammes le premier jour et remonta dès le lendemain au chiffre normal (on donna neuf bains quotidiens de suite). L'azote éliminé présenta une certaine augmentation, mais l'effet fut surtout remarquable sur le chlorure de sodium, dont l'élimination atteignit 18 grammes par jour.

Le neuvième jour de traitement apparut de l'œdème de la face : le malade se plaignit de céphalées et de nausées et l'on dut cesser

l'expérience : les accidents disparurent de suite. Comme l'élimination urinaire n'avait pas fléchi, ce phénomène doit être attribué à un processus pathologique ayant pour siège les capillaires.

Cette expérience démontre que si l'on applique la sudation au traitement de la néphrite chronique, il faut éviter les températures élevées.

E. VOGT.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de l'eczéma infantile par les injections d'eau de mer isotonique, par MM. les Drs VARIOT et RENÉ QUINTON (*Académie de médecine*, 18 juin 1907). — L'injection d'eau de mer isotonique, pratiquée tous les trois jours à la dose de 30 centimètres cubes sur des nouveau-nés eczémateux, produit d'abord, dans plus de la moitié des cas, une poussée réactionnelle au niveau des lésions qui deviennent le siège d'une inflammation momentanée et d'un suintement, parfois extrêmement abondant. Cette réaction très nette et souvent même très vive met hors de doute une action spécifique de l'eau de mer sur l'eczéma des nourrissons.

Dans les trois quarts des cas, cette action est curative. La poussée réactionnelle, qui peut durer de trois à quinze jours, est suivie d'une chute des croûtes qui couvrent la figure et le cuir chevelu des sujets; l'eczéma sec du corps disparaît entièrement; on assiste à une régression rapide et plus ou moins complète des manifestations eczémateuses.

Chez les enfants où la poussée réactionnelle ne se produit pas (40 p. 100 des cas) et où le traitement agit, l'amélioration est immédiate; les lésions pâlissent le lendemain de la première et de la deuxième piqûre; les croûtes tombent; la disparition complète des lésions cutanées peut être obtenue en huit ou dix jours.

R. BLONDEL.

Le scorbut infantile, son traitement, par EDFORT LA FETRA (*The Am. J. of the med. sc.*, juin 1907). — L'auteur donne sept observations de cette maladie chez des enfants tous soumis à l'alimentation artificielle par le lait stérilisé ou pasteurisé et accuse une fois de plus le régime vicieux auquel sont soumis les enfants. C'est donc d'abord la cause qu'il faut supprimer pour voir en quelques heures parfois l'état de l'enfant s'améliorer. Il faut suspendre l'alimentation dévitalisée et donner du lait frais, du jus de fruit (oranges, raisins, ananas), du jus de viande, du blanc d'œuf cru et de la purée de pomme de terre, le tout suivant les capacités digestives de l'enfant. Chez les enfants au-dessus d'un an, la purée de pommes de terre et les légumes verts donnent des résultats particulièrement satisfaisants. Mais la suppression de l'alimentation défectueuse ou frelatée est souvent tout ce qui est nécessaire : la guérison est seulement plus rapide lorsqu'on ajoute des jus de fruit.

Le scorbut chez l'adulte est presque une curiosité aujourd'hui ; il disparaît parce qu'on le connaît exactement. Ses causes et son traitement sont reconnus par les lois de toutes les nations maritimes, de sorte qu'on observe rarement cette maladie aujourd'hui, même dans les grands ports du monde.

Le scorbut infantile à l'état sporadique est également presque une curiosité ; il disparaîtra le jour où les enfants ne seront plus alimentés avec des produits commerciaux, mais avec du lait frais de vache récolté et produit dans des conditions idéales d'hygiène. On observera aussi de temps à autre quelques cas, tant que médecins et public se figureront que le chauffage du lait est une mesure physiologique et non thérapeutique. Il est souvent nécessaire de stériliser le lait, mais il faut le faire plutôt comme moyen de traitement que comme méthode d'alimentation et il ne faut pas le faire indéfiniment.

L. JUMON.

Les vomissements des nourrissons, par M. VARIOT (*Leçon faite à l'hôpital des Enfants-Malades*). — Les vomissements des nourrissons atteints de gastro-entérite peuvent tenir à deux causes opposées, c'est-à-dire à une alimentation trop abondante ou, au contraire, insuffisante. Dans le premier cas, on espacera les tétées et on donnera, avant chaque prise de lait, une cuillerée à café d'une potion de citrate de soude à 5 p. 100.

Dans le second cas, si la mère manque

de lait, on remplacera l'allaitement maternel par le lait stérilisé. On donnera également du citrate de soude. Ce médicament arrête les vomissements en modérant l'excitabilité gastrique.

PIERRE SÉE.

Solution contre les vomissements consécutifs à l'entérite infantile, d'après M. MARFAN (*Journ. de méd. de Paris*, n° 24, 16 juin 1907, p. 228).

Donner, avant chacun des repas, un verre à madère de la solution :

Eau distillée		1.000 gr.
Sulfate de soude		10 gr.
Phosphate de soude Bicarbonate de soude	ââ..	5 gr.
Bromure de sodium		3 gr.

Cette solution est renouvelée chaque mois.

PIERRE SÉE.

Contre la constipation des enfants, d'après M. SEVESTRE (*Journ. de méd. de Paris*, n° 21, 26 mai 1907, p. 198).

Eau bouillante	200 gr.
Manne en larmes	30 gr.
Follicules de Sené	4 gr.
Poudre de café torréfié	10 gr.

Passer. Cette purgation est formulée pour un enfant de six ans, auquel on la fera prendre, dans la matinée, par petites tasses.

PIERRE SÉE.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT,

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Emploi de l'atropine dans l'intoxication aiguë par la morphine et par l'opium, par MAURICE ROCH (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 20 juin 1907). — De ce travail critique et expérimental, il résulte que l'atropine est incontestablement utile dans l'empoisonnement par la morphine. Mais, en même temps, on favorisera l'évacuation du poison par tous les moyens possibles, puis par les stimulations cutanées : affusions froides, sinapismes, etc. Si ces moyens ne suffisent pas, si la respiration subit un dangereux ralentissement, il devient nécessaire, outre la respiration artificielle, d'agir sur les centres surtout par les excitants tels que la caféine, et mieux le café, l'éther camphré, la strychnine, la cocaïne même et enfin l'atropine. Celle-ci influence certainement favorablement la marche de l'intoxication par la morphine : elle offre encore l'avantage de marquer son action sur la pupille et de permettre ainsi de ne pas dépasser la dose utile.

On préférera l'injection sous-cutanée, car il y a indication d'agir vite, énergiquement, sans dépasser la dose utile. Il faut cependant rejeter la voie intra-veineuse, par suite du danger de l'arrivée trop brusque aux centres nerveux d'une dose massive d'alcaloïde et aussi à cause de l'action paralysante de l'atropine sur les terminaisons intra-pulmonaires du nerf vague. Il reste l'injection sous-cutanée à doses fractionnées.

Il serait très dangereux de vouloir proportionner les doses d'atropine à la dose de morphine, ce principe ne tenant compte ni de l'absorption du poison ni de la sensibilité à l'égard de la morphine et de l'atropine. Les susceptibilités individuelles sont, en effet, extrêmement variables, surtout à l'égard de l'atropine.

D'après l'auteur, on peut conclure que 2 à 3 centigrammes d'atropine sont, en général, pour l'Européen une dose trop forte, tandis que un milligramme paraît presque toujours insuffisant. Johnston recommande 0,015 à 0,030 milligrammes par injection à renouveler au bout de deux heures. Lépine s'arrête à 1 milligramme, ce qui semble peu; Manquat à 2 milligrammes, renouvelables au bout de deux ou trois heures. Si, au bout d'une demi-heure, aucun effet ne s'est manifesté, il est inutile d'attendre plus longtemps, il faut la renouveler. On sera parfois obligé d'aller jusqu'à 1 demi ou 1 centigramme, mais il serait dangereux de dépasser cette dernière dose.

Enfin, on se guidera sur la pupille; tant que le myosis morphinique persiste, on peut renouveler, sans crainte, l'injection d'atropine, mais si, la mydriase obtenue, les autres symptômes d'empoisonnement par la morphine ne s'amendent pas, il est dangereux de continuer l'atropine. De même, on cessera l'atropine si le pouls présente une fréquence inquiétante.

L. JUMON.

Action de l'extrait d'hypophyse dans quelques maladies, par J. PARISOT (*Revue médicale de l'Est*, 15 juin 1907). — La mé-

dication hypophysaire a d'abord été essayée par l'auteur dans un certain nombre de cas de tuberculose pulmonaire à diverses périodes. Chez tous les malades, sous l'influence de doses quotidiennes qui ont varié de 0,30 à 2 grammes d'extrait d'hypophyse, la pression artérielle s'est relevée de plusieurs centimètres. Mais la pression redescend dès qu'on suspend la médication, parfois même avant, et se maintient alors à 1 ou 2 centimètres au-dessus du chiffre primitif. Le pouls est ralenti et, malgré la fièvre, peut retomber au chiffre normal 80 ou 90. Mais, dans tous les cas, jamais le pouls ne s'est maintenu au chiffre auquel l'avait fait descendre l'action de l'extrait.

Les urines ont toujours augmenté, et cette augmentation a persisté, mais les différents produits d'excrétion ne semblent pas avoir été influencés. Le sommeil est en général plus paisible. L'appétit a parfois été augmenté. L'opothérapie hypophysaire a donc donné, dans ces cas, des améliorations très sensibles, sans qu'elle ait eu une influence sur l'évolution ultérieure de la maladie.

Dans la fièvre typhoïde, l'auteur n'a pas constaté d'améliorations aussi prononcées que Rénon et Delille L'élévation de la pression artérielle est très légère, de même que le pouls se ralentit peu. Les quatre malades soumis au traitement étaient atteints de formes graves; l'une fut mortelle, les trois autres évoluèrent vers la guérison. Si l'on peut souvent attendre de la médication des améliorations notables, on peut voir aussi la médication échouer ou ne donner que des résultats insignifiants.

L'auteur a soumis à la médication trois cardiaques. Dans un cas de rétrécissement et d'insuffisance mitrale, avec asystolie, l'amélioration a été très peu sensible, alors que la digitaline cristallisée a donné de bons résultats. Dans les deux autres cas de myocardite sans lésion valvulaire, les résultats ont été très nets et il y a eu amélioration notable de l'état général. Ici l'extrait d'hypophyse a exercé une action cardiotonique, régulatrice et modératrice sur le cœur. La médication a peu d'action dans les cardiopathies valvulaires, tandis que dans les myocardites l'extrait donne de bons résultats en régularisant et en ralentissant le cœur.

Dans un cas de maladie de Basedow, la médication a donné une amélioration très considérable : le goitre disparut presque complètement, le pouls tomba de 130 à 90, les urines montèrent à 1.500, 2.000, le tremblement diminua, et la pression artérielle remonta. L'amélioration s'est maintenue à peu près complètement après la suspension du traitement.

L. Jumon.

Sur une incompatibilité de l'oxycyanure de mercure, par le Dr André (*Revue médicale de l'Est*, 15 juin 1907). — L'oxycyanure de mercure, très employé dans ces dernières années dans les lavages de la vessie et de l'urètre, offre des avantages appréciables; il est très antiseptique et ne provoque pas de douleurs. Mais il est une contre-indication absolue qu'il ne faut pas perdre de vue. Il ne faut jamais prescrire des lavages urétraux ou vésicaux à l'oxycyanure ou au cyanure de mercure à un malade qui, d'autre part, absorbe de l'iodure de potassium, sous peine de voir immédiatement se déclarer des phénomènes de cystite extrêmement violents, allant jusqu'à l'hématurie, avec douleurs insupportables, mictions très fréquentes et très pénibles. L'auteur en cite plusieurs exemples typiques.

L'iodure de potassium s'élimine très rapidement par l'urine. Il en reste donc des traces dans la vessie, qui contient toujours un peu d'urine. Cet iodure, au contact du cyanure de mercure, doit donner, par double décomposition, probablement du biiodure, très caustique, qui fait desquamer l'épithélium vésical et provoque des symptômes de cystite avec douleurs intenses.

Lorsqu'on prescrit des lavages au cyanure de mercure, il faut toujours s'informer si le malade ne prend pas déjà, sans qu'on le sache, de l'iodure de potassium, afin d'éviter de mettre en présence ces deux médicaments.

L. Jumon.

La sensibilité des organes abdominaux : action qu'exercent sur elle les injections de cocaïne, par Kast et Maltser (*Berl. Klin. Woch.*, 13 mai 1907). — La question de la sensibilité des organes abdominaux n'est actuellement pas encore résolue, et Lenander, qui s'est prononcé pour l'absence de toute réaction douloureuse de ces organes, s'est toujours servi d'anesthésie locale par infiltration pour inciser les téguments.

Les auteurs ont repris expérimentalement la question et reconnu que les intestins sont sensibles à la douleur : si Lenander est arrivé à des conclusions inverses, cela tient à ce qu'il s'est servi de cocaïne

pour anesthésier la peau : or cet alcaloïde exerce par l'intermédiaire des centres nerveux un effet anesthésiant sur l'intestin ; il n'est pas nécessaire, pour obtenir cet effet, d'injecter la cocaïne dans la région abdominale, et de faibles doses suffisent pour obtenir le résultat.

Si la cocaïne est injectée dans un muscle, l'anesthésie se manifeste déjà après 2 ou 3 minutes : l'effet est beaucoup moins rapide si l'on injecte sous la peau.

Ces constatations sont susceptibles d'exercer dans l'avenir une influence marquée sur la chirurgie des organes intra-abdominaux.

E. Vogt.

Les courants de haute fréquence, par Foveau de Courmelles (*Journal des Praticiens*, 1er juin 1907). — L'auteur envisage plus spécialement l'action que ces courants exercent sur la tension artérielle. Il considère comme absurde de prétendre guérir l'artério-sclérose elle-même au moyen de ces courants; mais on ne saurait nier que l'on observe avec la d'arsonvalisation un relèvement des forces, et chez les adipeux la médication thyroïdienne est mieux supportée si on la combine à ce traitement.

Pour mesurer la tension artérielle, il est préférable de se servir d'un sphygmomanomètre d'origine anglaise, avec lequel on échappe, presque entièrement, à l'autosuggestion : on constate, dans ces conditions, avec des séances de quinze minutes tous les deux jours, qu'au bout d'une douzaine de séances on obtient une certaine diminution de la tension; dans les cas graves, le résultat ne se maintient pas bien longtemps.

E. Vogt.

Les indications du traitement par la haute fréquence, par Nagerschmidt (*Soc. de méd. interne de Berlin*, 27 mai 1907). — Pour l'orateur, il faut prendre une moyenne entre l'enthousiasme exagéré et la négation au sujet des effets thérapeutiques de ces courants. On constate un relèvement de l'état général, une amélioration du sommeil. L'hyperesthésie cutanée et le prurit sont favorablement influencés ; la congestion cutanée, provoquée par l'effluvation localisée, est capable de faire disparaître des névralgies profondes : l'orateur cite, sous ce rapport, des névralgies prostatiques, des crises gastriques chez des tabétiques, etc.

Laqueur confirme les résultats obtenus par l'orateur et ne croit pas à une simple action suggestive.

Brieger n'a obtenu aucune modification du prurit sénile.

E. Vogt.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Cours pratiques, par d'anciens internes. La série d'été 1907 comprendra les cours suivants (droit d'inscription : 40 francs).

1° A partir du *21 Juin* :

Voix urinaires : M. M. Minet. Clinique, 15, rue Malebranche. Lundis, mercredis, vendredis, 1 h. 1/2.

Estomac et intestin : M. Lippmann. Sociétés Savantes, rue Danton. Mardis, jeudis, samedis, 3 h.

Obstétrique : M. Lequeux. Clinique Tarnier, rue d'Assas. Mardis, jeudis, samedis, 6 h.

Electro-radiothérapie : M. Delbrerin 1er cours, 15, rue Malebranche ; les autres à l'hôpital. Mardis, jeudis, lundis, 6 h.

2° A partir du *20 juillet :*

Laryngologie : M. Bourgeois. — *Maladies de la peau :* M. Lenglet. — *Maladies des enfants :* M. Ball. — *Chirurgie infantile :* M. Judet. — *Chirurgie pratique :* M. Hugnier. — *Gynécologie :* M. Bender. — *Maladies du système nerveux :* M. Rose. — *Physiothérapie :* M. Esmonet. — (Consulter ultérieurement l'horaire.)

Outre les deux séries annuelles, d'autres cours pratiques sont organisés *toute l'année* à la demande d'un nombre suffisant d'auditeurs.

Renseignements et inscriptions :

Dr Minet, 15, rue Malebranche.

Dr Ball, 31, rue Saint-Pétersbourg.
Lundis, mardis, vendredis 2 à 4 h. et par correspondance.

Association française pour l'avancement des sciences. — *Congrès de Reims* 1-6 *août* 1907. — *Comité rémois de propagande des travaux de la section des sciences médicales.* — *Professeurs :* Henri Henrot, directeur honoraire de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Reims ; Langlet, directeur de l'Ecole de Médecine ; Pozzi, clinique chirurgicale ; Colleville, clinique médicale ; Jacquinet, pathologie interne ; Lajoux, pharmacie et matière médicale ; Chevy, physique ; Hache, histologie ; Ch. Simon, pathologie externe ; Laurent, histoire naturelle ; Bottu, chargé de cours.

Professeurs suppléants : Bagnéris, Henry, Lardennois, Mic.

Docteurs : Blum, Bourgenis, Cochemé, Colenary. Fiselbrand, Gouly, Guelliot, chirurgien de l'Hôtel-Dieu ; A. Henrot, Noël, Knœri, Lelièvre, Marille, Minelle, Mistarlet, Robin, Roussel, Seuvre.

Prière d'adresser les lettres soit à M. le professeur Landouzy, 15, rue de l'Université à Paris (IXe), soit au secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente, à Paris (VIe).

Assistance aux veuves. — « Veuve de médecin, âgée de quarante ans, sans enfant, ayant son brevet simple, demande emploi d'institutrice ou de dame de compagnie ». *Pressé.*

S'adresser au siège social de la Société centrale de l'A. G., 5, rue de Surène.

Médecins des gendarmeries. — « Les médecins donnant leurs soins gratuits à la gendarmerie qui approuveraient le projet de former une Association syndicale pour revendiquer certains avantages, tels que le quart de place militaire, etc., sont priés d'envoyer immédiatement leur adhésion au Dr Paulet, à Sommières, Gard. »

La voix chez les chanteurs. — M. le professeur Dieulafoy a présenté à l'Académie de Médecine une note du Dr Pierre Bonnier sur la *voix professionnelle.* Des recherches sur la pose de la voix faites au Conservatoire et au théâtre Réjane lui ont montré que la cause presque constante de la destruction des voix professionnelles réside dans une inversion de l'orientation naturelle de l'effort vocal.

Au lieu de s'efforcer à produire *un son à une distance donnée*, l'apprenti chanteur ou orateur cherche plus à se rendre lui-même sonore qu'à rendre sonore la salle où est son auditoire ; il tend à forcer et à enfermer sa voix dans ses cavités vocales ; sa voix perd sa destination objective et avec elle son point d'appui extérieur. Le chanteur est comme un tireur qui apprendrait à épauler sans viser, la voix n'a plus de projection, *de prononciation*, toute l'attitude physiologique est faussée et le moindre effort, le moindre surmenage deviennent alors périlleux.

C'est cette inversion, malheureusement propagée par l'enseignement, qui crée toutes les difficultés et toutes les misères de l'entraînement professionnel, et il n'y a ici d'autre remède que le redressement de la méthode, le bon fonctionnement pouvant seul recréer l'organe. Chaque année beaucoup de vocations et de carrières sont ruinées par l'entraînement antiphysiologique. L'auteur souhaite que dans les écoles, normales ou spéciales, qui préparent la jeunesse aux carrières où la voix est l'outil professionnel, la physiologie et l'hygiène de la voix, et aussi son appropriation professionnelle, soient pratiquement démontrées. M. Dieulafoy s'est associé à ce vœu et a demandé à l'Académie la nomination d'une commission chargée d'en étudier la réalisation.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel des maladies du tube digestif sous la direction de MM. G.-M. Debove, doyen de la Faculté de médecine membre de l'Académie de médecine ; Ch. Achard, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux ; J. Castaigne, professeur agrégé à la Faculté de médecine. (Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris, VIe arr.)

I. *Bouche, pharynx, œsophage, estomac*, par MM. G. Paisseau, F. Rathery, J.-Ch. Roux. 1 volume grand in-8°, de 725 pages, avec figures dans le texte. 14 francs.

Le tome II : *Intestin, péritoine*, paraîtra en octobre 1907.

Ce Manuel constitue le troisième volume d'une série de manuels en cours de publication. Chacun d'eux traite des maladies d'un organe ou d'un appareil : les auteurs étudieront ainsi successivement la pathologie spéciale à chaque système organique. Ce mode de publication répond aux besoins actuels, mieux que ne le ferait un nouveau traité de médecine. A notre époque, la science médicale est devenue trop vaste pour que le médecin puisse connaître, par le détail, toutes ses parties constituantes, aussi le besoin de la spécialisation se fait-il de plus en plus sentir. Chacun de ces manuels répond à cette nécessité de la spécialisation, d'autant plus que, pour leur rédaction, les directeurs se sont assuré la collaboration d'auteurs ayant étudié très particulièrement les maladies qu'ils décrivent. Mais si chacun de ces manuels est tout à fait indépendant de celui qui le précède et de celui qui le suit, leur réunion constituera, par suite de la direction scientifique générale, un ensemble homogène dans lequel le médecin pourra trouver un exposé détaillé des maladies médicales.

Le *Manuel des maladies du tube digestif*, qui vient de paraître, réalise une mise au point de cette partie de la pathologie interne encore obscure par endroit, mais dans laquelle nos connaissances s'étendent de jour en jour. Ce n'est pourtant pas un ouvrage d'érudition ; les auteurs, suivant l'esprit qui préside à la rédaction des volumes de cette collection, ont tenu surtout à faire œuvre pratique.

Le premier tiers de l'ouvrage est consacré à l'étude détaillée des maladies de la bouche, du pharynx et de l'œsophage M. Paisseau a exposé les *maladies de la bouche et du pharynx*, insistant surtout sur les affections les plus communes et qui nécessitent un diagnostic précoce et une intervention thérapeutique rapide ; nous citerons comme exemple l'étude des angines à fausses membranes dont le diagnostic est étudié dans le détail avec le plus grand soin. M. Rathery a traité des *maladies de l'œsophage*, il a exposé très complètement les données nouvelles fournies par les méthodes d'exploration les plus modernes par l'œsophagoscopie et surtout par la radioscopie dont l'usage est ici de plus en plus habituel.

Les *maladies de l'estomac*, par M. Jean-Charles Roux, occupent les deux tiers de l'ouvrage. L'auteur a divisé son travail en trois parties. Dans la première partie, il étudie la séméiologie et les méthodes d'exploration des fonctions gastriques, accordant une attention particulière aux procédés les plus simples et les plus faciles à mettre en pratique. La deuxième partie est consacrée à l'étude des dyspepsies. L'auteur insiste largement sur ce chapitre, car il s'agit de troubles gastriques des plus fréquents, mais dont la classification a donné lieu à bien des travaux contradictoires. Etudiant successivement, suivant un plan nouveau et clair, la gastrite, les dyspepsies nerveuses, les dyspepsies secondaires, il décrit les symptômes et l'évolution de ses diverses formes ainsi que les règles qui doivent présider à l'institution d'un régime alimentaire dans chacune de ses variétés. Enfin, dans une troisième partie, sont résumées les affections organiques de l'estomac, l'ulcère, le cancer, les sténoses du pylore, etc. Dans chaque chapitre, l'anatomie pathologique est rapidement exposée et M. Jean-Charles Roux étudie surtout avec détails la séméiologie et les indications du traitement médico - chirurgical. Somme toute, dans ce volume, les auteurs, tout en étant parfaitement renseignés, mais sans faire étalage de citations bibliographiques inutiles, ont voulu écrire avant tout une œuvre à la fois claire et complète.

TABLE DES MATIÈRES

Maladies de la bouche, par G. Paisseau. — I. Les stomatites. — II. Les glossites.

Maladies du pharynx, par G. Paisseau. — I. Angines aiguës. — II. Angines chroniques. — III. Infections spécifiques. — IV. Paralysies du pharynx.

Maladies de l'œsophage, par F. Rathery. — I. Anatomie et physiologie de l'œsophage. — II. Modes d'exploration de l'œsophage. — III. Lésions mécaniques. — IV. Varices de l'œsophage. — V. Des troubles nerveux de l'œsophage. — VI. Inflammations de l'œsophage. Des œsophagites. — VII. Rétrécissements cicatriciels. — VIII. Ulcère simple de l'œsophage — IX. Cancer de l'œsophage. — X. Diverticules de l'œsophage. — XI. Vices de conformation congénitaux de l'œsophage.

Maladies de l'estomac, par J.-Ch. Roux. — Première partie : *Procédés d'exploration et de séméiologie* : I Examen extérieur de l'abdomen. — II. La sécrétion gastrique. — III. Valeur séméiologique des modifications de la sécrétion gastrique. — IV. Les fonctions motrices de l'estomac. — V. Etude de la sensibilité de l'estomac à l'état normal et pathologique. — VI. Les viciations de la faim et leur valeur séméiologique. — VII. Les vomissements et leur valeur séméiologique. — VIII. Les gastrorragies et leur valeur séméiologique. — IX. Les gaz de l'estomac, l'aérophagie et les fermentations gastriques.

Deuxième partie : *Des dyspepsies* : I. Classification et méthodes d'examen. — II. Dyspepsie liée à une gastrite chronique. — III. Dyspepsies nerveuses. — IV. Dyspepsies secondaires. — V. Retentissement à distance des dyspepsies. — VI. Les crises gastriques du tabes.

Trosième partie : *Maladies organiques de l'estomac* : I. Gastrites aiguës. — II. Les gastrites chroniques. — III. Les ulcérations de l'estomac. — IV. Complications péritonéales des ulcères de l'estomac, — V. Les sténoses du pylore. — VI. Estomac biloculaire. — VII. Ulcérations tuberculeuses de l'estomac. — VIII. La syphilis de l'estomac. — IX. Le cancer de l'estomac. — X. La linite plastique. — XI. Tumeurs non cancéreuses de l'estomac. — XII. Corps étrangers de l'estomac.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Le Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Rein mobile. Tiraillement des capsules surrénales. Accidents nerveux et folie. — D'après le Dr Lucas-Championnière, les accidents dus au rein mobile sont infiniment plus communs qu'on n'imagine. Ils ne paraissent résulter ni du trouble de la fonction urinaire dû à une coudure urétrale, ni du déplacement de la masse intestinale (entéroptose). Ils semblent plutôt se rattacher au tiraillement et à l'excitation de la glande surrénale restée en place avec ses plexus dont la physiologie moderne nous apprend toute la valeur fonctionnelle.

Cette théorie nouvelle nous permet de concevoir l'extraordinaire fréquence des troubles nerveux qui caractérisent le déplacement du rein. Même pour les cas les plus simples, ces troubles sont tout à fait hors de proportion avec le peu d'importance apparente de la lésion.

On trouve toutes les formes de ces troubles depuis les accidents les plus graves de la nutrition (vomissements, faiblesse, amaigrissement, douleurs siégeant dans les points les plus variés), jusqu'aux formes les plus graves de la neurasthenie. On trouve même des cas accompagnés de troubles psychiques. La fréquence du déplacement du rein chez les aliénées a été très remarquable.

L'opération est une expérience qui montre que ce sont les secousses subies par les tiraillements du rein abaissé qui sont l'origine des accidents ; car elle n'a aucune action sur l'entéroptose.

Elle paraît agir, moins parce qu'elle relève beaucoup le rein que parce qu'elle le fixe et le rend immobile.

Son succès est d'une extraordinaire régularité. L'insuffisance de l'opération est fort rare quand la fixation a été solidement faite. M. Lucas-Championnière, pour soixante opérations, faites habituellement dans des cas très graves, n'a vu que deux cas n'ayant pas donné un résultat définitif très satisfaisant.

La nouvelle théorie des accidents du rein flottant explique bien pourquoi une opération en apparence aussi simple et aussi limitée donne des résultats satisfaisants. On l'a critiquée surtout parce qu'on ne se rendait pas compte de la raison pour laquelle une opération aussi limitée pouvait remédier à une lésion aussi grosse que celles de l'entéroptose.

Elle est indiquée surtout par les troubles graves de la nutrition et de l'état nerveux. Les observations si curieuses du Dr Sukling de Birmingham dans lesquelles, chez vingt aliénées, des troubles psychiques ont disparu à la suite de l'opération du rein flottant, sont tout à fait remarquables. Il avait été amené à les conseiller en constatant par hasard l'extraordinaire fréquence du rein mobile chez les aliénées soumises à son examen.

Ces observations si curieuses doivent encourager à faire l'opération même chez les sujets présentant les accidents les plus graves.

M. Lucas-Championnière n'a pas observé de cas d'aliénation, mais a eu l'occasion d'opérer avec succès deux malades qui avaient fait des tentatives de suicide.

IIe Congrès international de Physiothérapie (facilités de voyage exceptionnelles). — A l'occasion de ce Congrès, qui sera tenu à Rome du 13 au 16 octobre 1907, le Ministre italien des Travaux publics a bien voulu accorder aux Membres du Congrès des facilités exceptionnelles de voyage sur tous les réseaux des chemins de fer de l'État, aussi bien dans la Péninsule que dans les Iles.

Le Comité organisateur du Congrès est autorisé à délivrer à chaque Membre titulaire ou associé, régulièrement inscrit au Congrès, un *Carnet de voyage à coupons*. Chaque

coupon donne droit à effectuer un voyage à tarif réduit de 40 p. 100 à 60 p. 100. Le *Carnet* se compose de 20 coupons; ce seront donc 20 voyages à tarif réduit que les Membres du Congrès pourront effectuer d'un bout à l'autre de l'Italie et dans les Iles.

Ces facilités exceptionnelles de voyage ont été accordées en vue de l'importance de ce Congrès, qui réunira à Rome des savants tels que MM. von Leyden, Curschmann, Evald, Hoffa, Krauss, Penzoldt, Senator, Strümpel, Immelmann, etc., pour l'Allemagne; MM. Bishop, Morton, Snow, pour l'Amérique; MM. von Noorden, Jaksch, Bum, Lorenz, Holzknecht, Kienbö k, Rokitansky, etc., pour l'Autriche; MM. Lewis-Jones, Turner, Lauder-Brunton, Butcher, etc., pour l'Angleterre; MM. Winiwarter, Jacques, Gunzburg, Ioteyko pour la Belgique; MM. Rosenthal, Slomann, Jacobaeus, Reyn, etc., pour le Danemark; MM. Sañudo, Taboada, Decref, Perez, etc., pour l'Espagne; MM. Bouchard, Béclère, Bergonié, Gilbert, D'Arsonval, Lagrange, Landouzy, Kirmisson, Robin, Raymond, Faure, Albert Weil, etc., pour la France; MM. Savas, Vassilidès, etc., pour la Grèce; M. Kitasato, pour le Japon; MM. Wenckebach, Wertheim, Salomonson, Breemen, pour la Hollande; MM. Ketly, Dollinger, Koranyi, Herczel, Donath, etc., pour la Hongrie; MM. Bombarda, Machado, Neves, etc., pour le Portugal; MM. Holst, Mellbye, etc., pour la Norvège; MM. Marinesco, Gerota, Sarafidi, etc., pour la Roumanie; MM. Bechterew, Turner, Korolko, Schmiguelsky, etc., pour la Russie; MM. Curmann, Wide, Zander, etc., pour la Suède; MM. Berdez, Eichorst, Roux, Schulthess, Scholder, etc., pour la Suisse; MM. Altamirano, Cicero, etc., pour le Mexico; MM. Baccelli, Bianchi, Bozzolo, De Giovanni, De Renzi, Durante, Grocco, Maragliano, Murri, Morselli, Tamburini, etc., pour l'Italie.

Mais ce qui a déterminé le gouvernement italien à délivrer le *Carnet de voyage à coupons* a été l'intention d'offrir aux Membres du Congrès, surtout aux étrangers, le moyen de visiter, avec peu de frais, les villes et autres lieux de l'Italie qui présentent un intérêt spécial, au point de vue de leurs richesses naturelles, c'est-à-dire les endroits climatériques au bord de la mer et sur la montagne, les principales villes d'eaux et stations thermales.

La durée de validité de ce Carnet de voyage est fixée à 45 jours, à partir du 1er octobre jusqu'au 15 novembre 1907. Les dames régulièrement inscrites au Congrès comme Membres associés et les Exposants seront admis à voyager avec le Carnet susdit.

Les marchandises destinées à l'Exposition auront droit au transport à demi tarif, aussi bien à l'aller qu'au retour

Des démarches ont été faites auprès des différents gouvernements de l'Europe et de l'Amérique afin d'obtenir des facilités de voyage sur les parcours de leur territoire, aussi bien par chemin de fer que sur les lignes de navigation.

Adresser les adhésions, avec un mandat de poste de 20 francs pour les Membres titulaires, et de 15 francs pour les Membres associés, à M. Albert Weil, secrétaire du Comité français, 21, rue d'Edimbourg, Paris, ou bien à M. Ch. Colombo, secrétaire général du Comité organisateur, via Plinio, 1, Rome.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

EN COURS DE PUBLICATION

MANUEL D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

PAR

V. CORNIL
Professeur à la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine.

ET

L. RANVIER
Professeur au Collège de France
Membre de l'Institut et de l'Acad. de médecine.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

A. BRAULT
Médecin de l'hôpital Lariboisière,
Chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Boucicaut.

TROISIÈME ÉDITION ENTIÈREMENT REFONDUE

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathogénie du rein mobile et des ptoses en général,

Par le Dr Paul Reynier, chirurgien de Lariboisière.

L'autre jour, notre distingué collègue et ami M. Lucas-Championnière, dans une très intéressante communication, étudiait devant nous et discutait la pathogénie du rein mobile et des troubles nerveux qui l'accompagnent.

Ce qui faisait surtout l'intérêt de cette communication, c'étaient les idées nouvelles que notre collègue défendait, se montrant ici novateur comme il s'est montré si heureusement sur tant d'autres points de chirurgie.

Combattant la théorie presque classique qui rattache le rein mobile à l'entéroptose, il faisait remarquer avec raison que si l'entéroptose était l'origine première du déplacement rénal en dehors du relèvement et de la fixation de la masse intestinale, on ne pouvait obtenir, ce que les faits contredisent, aucun remède efficace contre la mobilité du rein.

Ne le satisfaisait pas plus l'explication généralement admise que, dans le rein mobile, la coudure qui peut se produire dans l'uretère est la cause des douleurs que cette affection occasionne.

Pour lui, l'hydronéphrose intermittente n'a jamais procédé du rein mobile, il y a là deux affections distinctes, et c'est aux tiraillements des nerfs des capsules surrénales que sont dus exclusivement les troubles nerveux quelquefois si intenses dont M. Lucas-Championnière nous apporte des exemples remarquables — et que la fixation du rein fait immédiatement cesser.

Telles sont les propositions nouvelles que je relève dans la communication de notre collègue et que je vous demanderai de discuter.

Mais si je vois ce qu'il démolit, par contre je ne vois pas que partout il ait essayé de reconstruire. C'est ainsi que j'ai cherché inutilement dans sa communication une pathogénie nouvelle du rein mobile remplaçant celle qu'il venait de combattre si victorieusement, et cette lacune m'a d'autant plus frappé que la pathogénie ici comme dans tant d'autres affections paraît devoir donner la raison des symptômes que présente l'ectopie rénale et qui, comme le faisait remarquer M. Lucas-Championnière, paraissent si en disproportion avec la lésion.

Or, c'est cette lacune que je voudrais aujourd'hui essayer de combler.

Voici bien longtemps, en effet, que cette pathogénie du rein mobile et de toutes les ptoses en général a été l'objet de mes recherches et de mes études.

Successivement chef des deux services les plus actifs de nos hôpitaux, Tenon et Lariboisière, j'y ai relevé de nombreuses observations dont j'ai donné un résumé, il y a cinq ans, dans un travail paru dans la *Médecine interne*.

Pour le rein mobile, depuis 1881, que j'ai l'honneur d'être chirurgien des hôpitaux, je relève dans mes notes 102 cas que j'ai traités : 61 par la fixation du rein, 41 par le port continu de ceintures ou de corsets, j'ai suivi un grand nombre de ces malades et j'ai pu par moi-même me rendre compte des résultats de chaque traitement.

Si, avec M. Lucas-Championnière, la théorie de l'entéroptose ne m'a pas satisfait, j'ai, par contre, proposé et soutenu une pathogénie que je demande la permission de vous exposer aujourd'hui, espérant qu'elle pourra satisfaire notre collègue, car cette pathogénie a été basée sur les mêmes faits cliniques qui l'ont frappé et dont j'ai tenu compte en en cherchant l'explication.

Le rein mobile n'est pas lié, ainsi que l'a dit M. Lucas-Championnière, à l'entéroptose ; il est seulement, souvent, connexe de l'entéroptose, mais peut exister sans elle.

Ces deux affections ne sont, en effet, comme je vais essayer de vous le prouver, que les symptômes d'une cause commune qui résulte d'un trouble fonctionnel primitif du système nerveux.

Les ptoses, ou mieux, les chutes de nos organes abdominaux sont dues à ce que ceux-ci ne sont plus suffisamment maintenus par la sangle musculaire abdominale, dont le rôle est de faire subir une pression continue à nos organes abdominaux, de les maintenir les uns contre les autres, se soutenant réciproquement.

Mais si les muscles peuvent remplir cette fonction de sangle élastique, tout le temps en état de tension, c'est par le fait du tonus musculaire, cet état de contraction permanente dans lequel se trouvent nos muscles lisses ou striés.

C'est à cause de ce tonus que nos sphincters maintiennent nos orifices fermés, que nos muscles abdominaux jouent le rôle de ceinture élastique, que notre intestin, notre estomac, résistent contre la pression des gaz ou des aliments qui les distendent.

Or, ce tonus est sous la dépendance du système nerveux.

Il n'existe que parce que des centres partent des excitations nerveuses continues, un véritable influx nerveux qui, tout le temps met en action la fibre musculaire.

Ces centres peuvent donc être comparés à de véritables accumulateurs dégageant de l'électricité, toujours en marche, et tout le temps se rechargeant.

Mais de même que nous voyons des accumulateurs, insuffisamment chargés arriver à l'épuisement rapidement, tandis que d'autres peuvent donner la même somme de travail plus longtemps et se chargeront plus rapidement ; de même nous voyons de grandes différences exister dans nos centres nerveux au point de vue de cette émission plus ou moins régulière d'influx nerveux.

Les gens bien constitués auront tout le temps leurs muscles en état de tonus régulier ; mais que l'économie, que le système nerveux soit fatigué, épuisé, soit

par une dépense nerveuse exagérée, intellectuelle, physique, soit que congénitalement il soit prédisposé à se fatiguer facilement et à arriver à l'épuisement, soit qu'il soit anémié par maladie, par défaut d'inanition, par hémorragie et l'influx qui s'en dégage sera moins fort et envoyé moins régulièrement, le tonus en souffrira sur certains points ou s'il ne disparaît pas sera tellement atténué que nos muscles ne joueront plus le rôle de ligaments actifs et à l'abdomen ils se laisseront distendre par la pression des organes qu'ils contiennent.

Donc, présidant aux déplacements de nos organes, à la descente d'un rein mobile se trouve une tare fonctionnelle de notre système nerveux, tare congénitale, tare acquise.

J'ai montré par des exemples cliniques nombreux, que ce sont les enfants de vieux, de surmenés, de convalescents, qui naissent souvent avec des prédispositions faciles à reconnaître dès l'enfance par les prolapsus rectaux, les varices.

J'ai montré dans plusieurs communications comment ces ptoses succèdent encore aux infections apparaissant dans la convalescence des maladies qui ont touché le système nerveux.

Vous rappellerai-je cette observation que j'ai publiée d'une jeune fille atteinte de fièvre typhoïde, convalescente, se levant, voyant à travers l'hymen se produire une hernie de l'utérus, qui est guérie et se remet en place par des bains de siège froids et aussi, à mesure que l'économie se fortifie. Cette femme a maintenant quatre-vingts ans, elle n'a jamais eu de ptoses depuis.

C'est la femme du monde qui commence à vivre à cinq heures du soir, au moment des visites et au thé ; qui sera très brillante au dîner et en soirée ; mais qui rentre se coucher, ne pouvant pas dormir, les nerfs en vibration s'étant trop dépensés. Le lendemain elle se lève fatiguée, n'ayant pu par le sommeil recharger ses accumulateurs ; elle a la migraine, ce cri des centres nerveux fatigués, et ce n'est qu'à cinq heures que peu à peu son influx nerveux se dégage en quantité suffisante pendant les quelques heures de la soirée.

Là il y a eu simplement perte de tonus momentanée.

Et cette autre jeune femme à qui on fait porter un sac de pommes de terre qu'on avait, par mauvaise plaisanterie, rempli de pavés.

An bout d'un kilomètre la femme tombe épuisée, elle a un prolapsus de l'utérus à travers la vulve et un rein mobile que j'ai opéré depuis.

Les gens qui ont des reins mobiles sont des nerveux, je le crie bien haut, les prédisposés à la neurasthénie et à tous les troubles nerveux possibles.

Ne vous étonnez donc pas avec M. Lucas-Championnière de voir le rein mobile coïncider avec des troubles mentaux, avec des douleurs hors de proportion, avec la lésion de douleurs d'intensité variable suivant que le trouble fonctionnel du système nerveux, qui en est le point de départ, est plus ou moins important.

Et si vous doutez encore que ces malades soient des nerveux, vous n'avez qu'à vous rappeler l'habitus ordinaire de beaucoup de ces porteuses de rein mobile : femmes brunes, maigres, peau sèche, yeux noirs, brillants, muscles peu tendus, peau et chair molles, très nerveuses, vibrantes à la moindre émotion et chez les-

quelles on sent par moment au moindre effort une dépense exagérée de leur système nerveux.

Sur cette femme, si vous l'examinez en entier, vous trouverez : rein mobile, dilatation d'estomac, entéroptose, prolapsus utérin, et, devant toutes ces ptoses, vous serez bien obligé de convenir qu'il doit y avoir une cause unique, que l'habitus du sujet, sans parler de son excitation, tout vous indique être dans son système nerveux.

C'est parce que ce sont des nerveuses, que, je le répète, le déplacement du rein donne lieu à des douleurs exagérées.

Peut-être à cause du tiraillement du plexus solaire, mais pas de ceux de la capsule surrénale, l'anatomie ne permet pas d'accepter sans discussion cette manière de voir.

Les nerfs de la capsule surrénale et du rein sont indépendants, et le rein, chez l'adulte, est si faiblement uni à la capsule surrénale par un tissu cellulaire lâche qu'il est difficile d'admettre un grand tiraillement de ces nerfs.

La coudure de l'uretère signalée par Landau, démontrée par les observations de Terrier, de Baudoin, d'Israël, de Clément, Lucas, de Monod, de Tuffier, Rochet et Albarran ne saurait être niée, et d'ailleurs c'est elle qui donne le mieux l'explication des symptômes observés dans les cures de rein mobile.

Ne voyons-nous pas, en effet, qu'en même temps que la douleur, se produit une suppression et une diminution très notable de la sécrétion urinaire ? Ne constatons-nous pas l'augmentation du volume du rein et la douleur à la palpation : augmentation et douleur qui disparaissent en même temps que le rein se remet en place, en même temps que la sécrétion urinaire réapparaît plus abondante, et les crises de cystalgie symptomatiques du rein mobile, analogues à celles que nous connaissons toutes les fois que le rein est en cause.

L'ensemble de tous ces symptômes ne nous indique-t-il pas qu'il y a là une difficulté momentanée apportée à l'excrétion rénale, et comment expliquer cette difficulté, autrement que par la coudure de l'uretère?

Qu'il y ait toutefois par l'intermédiaire du plexus rénal retentissement sur le reste du plexus solaire, et sur les organes que ceux-ci innervent, nous ne le nions pas. Les dilatations suraiguës post-opératoires de l'estomac, que nous avons étudiées, et qui se voient surtout après les néphropexies pour rein mobile, sont là pour le démontrer.

Mais ce n'est là qu'un phénomène secondaire, le phénomène primitif reste la tension du rein par la coudure de l'uretère, tension suffisante pour expliquer la grande majorité des symptômes éprouvés dans les crises de rein mobile.

Et si dans celui-ci la tension rénale donne lieu à des phénomènes bien autrement douloureux que dans l'hydronéphrose, c'est parce que le rein mobile existe chez des nerveux, et que ce sont des névropathes qui souffrent.

L'hydronéphrose intermittente, au contraire, est due à une lésion congénitale produisant le rétrécissement de l'uretère, indépendante du système nerveux et

M. Lucas-Championnière a mille fois raison de nous séparer ces deux affections. Les observations cliniques justifient entièrement cette manière de voir.

Le rein mobile, comme il l'a dit avec raison, est surtout à droite, existe de préférence chez la femme, sexe où les troubles nerveux se produisent le plus souvent, et qui, par suite, est plus prédisposée aux ptoses.

L'hydronéphrose se voit à gauche autant qu'à droite, elle ne s'accompagne pas des mêmes troubles douloureux, et si dans le rein mobile on voit le rein devenir plus volumineux, il n'y a cependant jamais hydronéphrose véritable.

Sur mes 102 observations je n'en ai, pour mon compte, jamais vu.

J'arrive enfin au traitement :

Comme M. Lucas-Championnière, j'ai été souvent surpris de voir combien vite on soulage les malades par la fixation du rein.

Quand cette fixation est bien faite, comme le dit M. Lucas-Championnière, en suspendant le rein, en dénudant sa surface externe sur un large espace, en fixant les bords de la capsule aux muscles, et surtout en passant des fils dans la substance rénale, qu'on fixe à la côte, les malades sont très soulagés et restent soulagés.

Dernièrement, passant dans un bureau de télégraphe, j'étais interpellé par une jeune femme qui se faisait reconnaître à moi et me rappelait que je lui avais fixé les 2 reins 6 ans auparavant et elle profitait de l'occasion pour me remercier, me disant que depuis, elle qui souffrait continuellement et ne pouvait marcher, n'avait plus souffert.

Mais si cette opération reste la ressource ultime, et ressource d'ailleurs précieuse, toutefois dans les cas légers on peut en soutenant la masse abdominale soulager et empêcher les malades de souffrir de leurs reins et leur rendre la vie très supportable, bien entendu, je parle dans les cas légers, de beaucoup les plus communs.

Pour ce soutien, j'ai abandonné depuis longtemps les ceintures, très difficiles à mettre même pour le médecin, à plus forte raison pour le malade.

Ces pelotes qu'on y annexe et qui doivent refouler le rein, ne refoulent jamais rien, car elles ne sont jamais bien mises en place; et si la ceinture soulage un peu, c'est que, serrant le ventre, elle immobilise la masse intestinale et par la suite, le rein qui repose sur elle.

Bien plus pratique est le port d'un corset droit ne s'ouvrant qu'en avant, prenant bien les hanches, dont les buscs vont jusqu'au pubis et qu'on ferme en laçant un lacet du bas vers le haut, s'arrêtant à quelque distance de l'estomac qui n'est pas comprimé; le corset ne serrant pas à la taille, tous les organes abdominaux se trouvent ainsi relevés, ce relèvement repousse le rein en place et l'y maintient.

Depuis que je fais porter pareil corset, que j'ai ordonné même à des hommes, un médecin entre autres, j'ai pu, dans plus des 2/3 des cas, voir des malades complètement soulagés et leur éviter une opération que je réserve à la classe ouvrière, où l'achat d'un corset qui doit être souvent renouvelé serait trop onéreux.

Cette opération reste donc pour moi la ressource ultime, efficace, comme l'a dit M. Lucas-Championnière, pour faire disparaître tous les troubles nerveux que le rein mobile a fait apparaître, mais qu'il ne fait naître, je le répète en terminant, que parce que ces troubles ne demandaient qu'une cause occasionnelle pour se manifester.

La vaccine et la variole,

par le Dr M. Kelsch,

Directeur du service de la vaccine à l'Académie de médecine.

En mon nom et au nom de mes collaborateurs de l'Institut vaccinal supérieur, MM. Camus et Tanon, je désirerais rendre compte des recherches qui y sont poursuivies depuis un an, en vue :

1° De déterminer la durée de l'immunisation vaccinale du lapin;

2° De contrôler la valeur des vaccins de génisse, parallèlement à la détermination de leur teneur microbienne;

3° De rechercher le moteur pathogène de la vaccine et de la variole;

4° Enfin de tenter la réalisation de la variole vaccine.

Les objets d'étude groupés sous ces quatre numéros ont servi de ligne directrice à la division du sujet : ils comprennent les différentes questions qui ont absorbé notre activité scientifique dans le courant de l'année, avec les modestes résultats qui ont été le prix de nos efforts.

1° Déterminer la durée de l'immunisation vaccinale chez le lapin.

On trouve, dans la littérature médicale, des opinions passablement divergentes sur l'immunité vaccinale du lapin après une première inoculation. Selon les uns, elle est acquise au sujet pour un temps fort long ; pour d'autres, elle est douteuse, ou fait complètement défaut. Au moment d'appeler cet animal à concourir à nos recherches, nous avons tenu à nous fixer sur cette question, dont la solution peut, à l'occasion, ne pas être indifférente à l'expérimentation où il se trouve en cause.

Il serait trop long et bien monotone d'exposer par le menu toute la série des 90 opérations dont ont été l'objet les 31 sujets expérimentés à ce point de vue. Nous nous bornerons à en exprimer la résultante. Elle se formule dans les termes suivants :

La durée de l'immunité après une première inoculation varie dans des limites extrêmement larges, de dix-sept jours à six mois ; elle est plutôt courte que longue, en moyenne de deux à trois mois. Mais les différences sont extrêmement marquées d'un sujet à l'autre, et ces écarts sont sans doute la cause des divergences d'opinion qui se sont produites sur le degré et la persistance de l'immunité réalisée chez cet animal par une première vaccination. Peut-être trouvent-ils une explication rationnelle dans les quantités variables de virus insérées sous la peau ou la muqueuse par les divers expérimentateurs. Nous avons constaté que

l'inoculation dorso-latérale, s'effectuant sur une vaste surface, stérilise en général le terrain d'une manière plus efficace et plus durable que l'inoculation naso-labiale qui offre nécessairement moins de prise à l'insertion virulente. Il y a longtemps du reste que nous nous sommes convaincus, dans la pratique des vaccinations, que le succès était, dans une certaine mesure, fonction de la quantité de pulpe inoculée.

Nous avons établi d'autre part, comme suite à ces expériences, et en contradiction avec des assertions émises par MM. Jürgens, V. Wasielewski et Prowazek, que par l'inoculation cornéenne on parvient à immuniser le lapin et la génisse. Peut-être la divergence tient-elle encore à la différence de la procédure opératoire, à l'emploi plus libéral de notre côté de la pulpe immunisante dans les insertions cornéennes.

2° Contrôler la valeur des vaccins de génisse, parallèlement a la détermination de leur teneur microbienne.

Du 15 juin 1906 au 1er juillet 1907, nous avons étudié 123 échantillons de vaccin. Ils ont été l'objet d'examens méthodiques, portant à la fois sur la qualité et la quantité de leurs espèces microbiennes. Des inoculations sur le lapin étaient pratiquées parallèlement aux examens bactériologiques, de manière à compléter le contrôle microbien par le contrôle sur l'animal. Enfin, chaque pulpe fraîche était examinée et numérée avant toute manipulation, afin que, connaissant sa teneur microbienne au moment de la récolte, on pût apprécier exactement la part d'influence imputable, dans les variations ultérieures de cette dernière, aux manipulations diverses subies par le produit, à son contact avec l'air, à sa macération dans la glycérine, à son vieillissement enfin.

Voici les données qui se dégagent de l'ensemble de ces recherches :

Les opérations auxquelles la pulpe est soumise régulièrement n'en modifiant pas sensiblement la flore microbienne. Le staphylococcus avec ses variétés constitue l'espèce de beaucoup la plus commune du vaccin. Il n'y manque pour ainsi dire jamais. Sur un total de 383 examens, nous avons rencontré 249 fois le staph. cereus albus, 75 fois le st. albus, 31 fois le st. aureus, 11 fois le st. flavus, 11 fois le st. gris. La plupart de ces espèces se trouvent réunies dans la même pulpe. Le bacillus subtilis tient le deuxième rang dans l'échelle de fréquence. Nous l'avons noté 84 fois.

Les autres espèces (mesentericus, megath., tetrag.) sont plus rares et plus inconstantes.

Tous ces germes proviennent de trois sources : de la peau de l'animal, qui fournit le staph., — de la litière, qui donne le subtilis, le mesentericus, le megath., et les moisissures, — enfin de l'air qui est vraisemblablement l'agent le plus actif de la souillure des vaccins, comme nous le démontrons au cours du travail.

La signification pathogénique de ces graines adventices est à peu près négligeable. Nous les avons inoculées en culture sous la peau du cobaye et du lapin sans provoquer d'autre lésion que de petits abcès tout à fait localisés. Nous avons inoculé parallèlement à l'enfant des vaccins stériles et des vaccins non épurés,

sans différence appréciable dans les résultats. Parfois même la rougeur péripustulaire était plus accusée dans le premier cas que dans le second.

En résumé, ces recherches sur la flore bactériologique des pulpes vaccinales confirment les conclusions que nous avons produites à cet égard dans nos communications antérieures. Assurément, la macération des pulpes dans la glycérine les libère de leurs microorganismes étrangers, mais non sans porter atteinte à la valeur spécifique du vaccin lui-même. Et, comme d'autre part, ces derniers sont, ainsi que nous l'avons amplement démontré, sans action appréciable sur l'évolution du processus vaccinal, le vieillissement devient une opération au moins superflue, si ce n'est préjudiciable. Ni la quantité, ni la qualité des parasites de la pulpe ne nécessitent sa mise en contact prolongée avec la glycérine, ni surtout son traitement par des agents chimiques, tels que le chloroforme, dont l'action microbicide a paru plus sûre et plus rapide que celle de la glycérine, avantage qui nous porte à nous en méfier encore plus que de cette dernière. Toute agression contre les microbes adventices du vaccin court le risque d'atteindre et de léser le genre spécifique du même coup que les autres, et doit par conséquent être considérée comme suspecte.

3° Rechercher le moteur pathogène de la vaccine et de la variole.

Depuis quinze ans, la signification à attribuer aux corps de Guarnieri a traversé bien des vicissitudes, et à l'heure actuelle, elle n'est point encore sortie du domaine de la controverse. Les défenseurs des inclusions intra-cellulaires connues sous le nom de corps de Guarnieri, Pfeiffer, v. Wasielewski, Rose, Councilmann font valoir, en faveur de leur thèse, qu'elles constituent les seules lésions caractéristiques de la vaccine et de la variole, qu'elles se développent constamment dans la cornée après l'inoculation vaccinale, et jamais après celle d'autres produits. Mais cette interprétation a été combattue, d'autre part, dans une série de mémoires qui dénient au cytorycte — c'est le nom classique des boules de Guarnieri, la nature parasitaire, et le considérèrent comme le produit d'une dégénérescence cellulaire. M. Prowazek le fait dériver du noyau des cellules épithéliales, Hückel du cytoplasme, Aldenhoff et Broers indifféremment de l'un ou de l'autre. MM. Salmon et Borrel enfin des mono- et polynucléaires actionnés dans le processus de défense. M. Borrel a produit contre l'hypothèse de la nature parasitaire des inclusions intra-épithéliales des arguments qui n'ont point été réfutés, que nous sachions.

Nous avons pratiqué des inoculations cornéennes du lapin par stries et par piqûres, et procédé à l'examen au bout de une, deux, trois et quatre fois vingt-quatre heures, sur des coupes et des lambeaux d'épithélium séparés de la couche lamellaire sous-jacente par décalquage. Il nous a semblé toujours reconnaître, dans les multiples variétés des boules hyperchromatiques relevées sur nos préparations, tous les intermédiaires entre les noyaux des polynucléaires et les formes les plus caractéristiques de ces dernières. D'autre part, ayant libéralement vacciné la cornée de quatre lapins préalablement immunisés par une large inoculation dorso-latérale (procédé Calmette), nous avons réalisé, chez les sujets,

des lésions absolument analogues à celles que donne l'inoculation cornée de lapins neufs, c'est-à-dire de petites tumeurs épithéliales, plus ou moins riches en inclusions cellulaires hyperchromatiques, résultat qui n'est pas pour témoigner en faveur de la spécificité de ces dernières.

Si les corps décrits par M. Guarnieri ne sont point les moteurs pathogènes de la variole et de la vaccine, il est permis, du moins, de conclure de l'ensemble des travaux qui leur ont été consacrés, qu'ils sont le produit d'une réaction spéciale, spécifique, en quelque sorte, de la substance épithéliale vis-à-vis de la cause, encore inconnue, de ces affections. Les études histologiques de la cornée inoculée et des pustules vaccino-varioleuses dénoncent le terrain épithélial comme le véritable théâtre où se dénoue le drame de l'attaque et de la défense entre l'agent spécifique envahisseur et l'organisme. Rien, d'ailleurs, n'est plus net à cet égard que la pratique de l'inoculation du lapin. L'insertion du virus vaccinal sous la peau au moyen de scarification superficielle intéressant plus ou moins le derme, donne rarement des pustules ombiliquées caractéristiques.

Si, au contraire, on se contente, suivant la méthode Calmette, de badigeonner avec de la pulpe vaccinale la peau fraîchement rasée, sans déterminer d'autres lésions épidermiques que celle très superficielle que produit le feu du rasoir, on obtient des éruptions tout à fait régulières et typiques. Il y a mieux encore : il semble que le conflit entre le germe spécifique et l'épithélium, soit indispensable à l'accomplissement des actes mystérieux de l'immunisation. Il résulte, en effet, des explications de Nocard, Roux et Borrel que l'injection du virus varioleux dans les veines ou le tissu cellulaire de la génisse ne lui conférait pas l'immunité vaccinale contre une inoculation ultérieure : la pustule est indispensable pour assurer ce résultat, elle est, comme l'observe très judicieusement M. Borrel, fonction de l'immunité.

Si, en attendant que l'observation se soit définitivement prononcée sur la nature des corps de Guarnieri, ceux-ci méritent du moins d'être considérés comme des produits spéciaux de la réaction de l'épithélium contre l'agent, encore inconnu, de la variole et de la vaccine, il semble que leur apparition à peu près constante et exclusive dans ces affections autorise à les exploiter dans la nosographie et la séméiotique. Il y a effectivement toujours des médecins qui se refusent à admettre une distinction spécifique entre la varicelle et la variole, et il se rencontre, d'ailleurs, journellement des cas cliniques qui créent de sérieux embarras au diagnostic différent entre ces deux maladies. MM. Jurgens et Salmon ont invoqué le témoignage du cytorycte pour fixer ce dernier ; nous-même, nous avons eu recours à ce criterium. Deux échantillons de virus varicelleux, adressés à l'Institut ont été inoculés dans la cornée de plusieurs lapins : nous avons cherché, en vain, au sein des lésions déterminées dans ses membranes, les inclusions chromatiques qui abondent dans les préparations similaires des cornées varioliques ou vaccinales.

L'épreuve est assurément précieuse en clinique, et peut-être contribuera-t-elle à établir définitivement la distinction nosographique des deux affections.

4° Tenter de réaliser la variole-vaccine.

Nous n'y avons pas réussi. Il est vrai que nous n'avons pu expérimenter que sur le lapin, et que nous ne disposions que d'une trop petite quantité de virus variolique. L'entreprise nous tente d'autant plus que la variole-vaccine a été réalisée, en plusieurs endroits, dans ces dernières années.

La vaccine, envisagée dans ses rapports avec la variole, soulève une des plus graves questions de la médecine moderne. Elle est des plus troublantes en même temps que des plus suggestives. L'éruption vaccinale et l'éruption variolique ne sont distinctes que pour la localisation de la première et la généralisation de la seconde. Mais ce caractère différentiel n'est pas absolu, tant s'en faut. On a vu, au temps de la variolisation, des varioles locales, et on constate, de temps à autre, des vaccines généralisées. Ces derniers faits se confondent cliniquement avec la varioloïde et les premiers avec la vaccine. Mais la variole et la vaccine sont unies ensemble par un caractère bien plus profond : chacune d'elles rend réfractaire à l'autre le terrain sur lequel elle a évolué, elles confèrent l'immunité l'une vis-à-vis de l'autre. Ce caractère est propre à la famille des varioles; il témoigne, si ce n'est de l'identité, du moins d'une étroite parenté entre ses différents membres. Mais il y aurait ici quelque chose de plus ; la variole de l'homme inoculée à la vache donne la vaccine. Voilà la notion qui tend à s'accréditer partout. Si, dorénavant, elle doit prendre rang parmi les faits scientifiquement acquis, sa portée théorique n'est pas moins grande que son importance pratique. La métamorphose de la variole en vaccine dans le corps de la génisse réalise, en quelque sorte, une première étape dans la voie du transformisme d'une espèce. Car la vaccine n'est pas une variole atténuée : reportée sur l'homme, elle est et elle restera vaccine, sans jamais faire retour en arrière vers la souche, c'est-à-dire sans jamais redevenir variole. Y a-t-il eu réellement transformation d'une espèce en une autre? Assurément, non. Car cette prétendue maladie nouvelle confère l'immunité à l'égard de celle dont elle procède : elle se comporte vis-à-vis d'elle comme une maladie atténuée. Ce qui nous permet de dire que, bien que réellement distincts, puisqu'elles se perpétuent indéfiniment sous leur forme respective, sans jamais se confondre, ces deux maladies restent cependant identiques de leur nature, puisque chacune d'elles immunise contre l'autre. Telle est la maladie charbonneuse que notre éminent collègue, M. Chauveau, a étudiée au point de vue particulier qui nous occupe. Le bacille anthracique, soumis à l'oxygène comprimé, perd toute virulence, mais il conserve intégralement la propriété vaccinale, et il la garde à peu près intacte, pendant toute la durée de son existence. Pour qu'une espèce pathogène puisse être considérée comme métamorphosée en une espèce nouvelle, purement saprophyte, écrit M. Chauveau, il lui faut perdre jusqu'à la dernière trace de ses propriétés infectieuses, c'est-à-dire non seulement la virulence, mais de plus l'aptitude à créer l'immunité. Du moment que le bacille anthracique conserve ce dernier attribut, il n'est pas transformé dans le sens biologique du mot.

Ce raisonnement s'applique à la variole et à la vaccine, et est, en quelque sorte, une démonstration indirecte de leur identité originelle, en faveur de laquelle on pourrait faire valoir encore la similitude des espèces ou des lésions microbiennes trouvées de part et d'autre, si la prudence ne commandait pas d'écarter, jusqu'à nouvel ordre, le témoignage encore douteux de la bactériologie.

L'ophtalmo-diagnostic de la fièvre typhoïde,

Par le professeur CHANTEMESSE.

Dans la première quinzaine de mai, le Dr von Pirket (de Vienne) fit connaître à la Société de médecine de Berlin qu'en inoculant sur un point scarifié de la peau un peu de tuberculine, il provoquait chez les personnes atteintes, d'une manière visible ou invisible, par la tuberculose, une réaction cutanée caractéristique. — Cette réaction faisait défaut chez les personnes saines.

Quelques jours plus tard, le Dr Wolff-Eisner annonça à la même Société que l'ophtalmo-réaction par la tuberculine se manifestait très énergiquement lorsqu'on instillait cette toxine dans l'œil des individus atteints de tuberculose.

Les contestations, en ce qui regarde la tuberculose, de von Pirket et celle de Wolff-Eisner ont été contrôlées en France et confirmées tout d'abord par M. Vallée pour la réaction cutanée des bovidés tuberculeux et par M. Calmette pour la réaction oculaire.

J'ai, de mon côté, tenté de savoir si les malades atteints de fièvre typhoïde avaient, vis-à-vis du poison typhique, une sensibilité particulière de la conjonctive, sensibilité qui manquerait chez les gens indemnes de cette fièvre et qui pourrait être utilisée pour un diagnostic très précoce et très visible.

Il fallait pour cette recherche obtenir une toxine typhique réduite en poudre sèche, pondérable et active sous une fraction de milligramme. En précipitant par l'alcool absolu une solution forte de toxine typhoïde soluble, j'ai obtenu une poudre qui, à la dose de 1/50e de milligramme dissous dans une goutte d'eau et instillé sous la paupière inférieure, donne un ophtalmo-diagnostic de la fièvre typhoïde très net, soit positif, soit négatif.

Cette recherche n'offre aucun inconvénient; la température et l'état général ne sont pas modifiés. Je puis l'affirmer pour l'avoir observé un grand nombre de fois.

Chez les personnes saines ou qui souffrent d'une autre maladie que la fièvre typhoïde, deux ou trois heures après l'instillation d'une goutte d'eau, tenant en solution un 50e de milligramme de toxine pesée sèche, il se fait un peu de rougeur, un peu de larmoiement, le tout disparaissant au bout de 3, 4 à 5 heures et le lendemain, l'œil injecté est absolument semblable à l'œil non injecté.

Chez les malades atteints de fièvre typhoïde ou en convalescence de cette maladie, la réaction est beaucoup plus forte; elle atteint son maximum entre 6 et 12 heures et elle se prolonge jusqu'au lendemain, elle est caractérisée surtout par de la rougeur, du larmoiement et la production d'un exsudat séro-fibrineux. En regardant le malade même de loin, 24 heures après l'instillation on reconnaît encore, à sa rougeur légère, l'œil qui a été traité. Le plus souvent l'ophtalmo-diagnostic positif est encore reconnaissable après deux et même trois jours.

La différence entre les malades atteints de fièvre typhoïde et les autres soumis à la même réaction est donc tout à fait manifeste.

L'ophtalmo-diagnostic est-il un signe précoce de la dothiénentérie? Je ne puis encore indiquer les chiffres précis. Il me suffira de dire que vis-à-vis de la toxine typhique l'œil du lapin sain réagit comme l'œil de l'homme indemne de fièvre typhoïde, tandis que l'œil du lapin qui a été inoculé depuis 48 heures avec une injection sous la peau de bacilles typhiques comporte comme l'œil d'un homme atteint de dothiénentérie.

Après une expérience déjà longue, j'estime que cette recherche de l'ophtalmo-diagnostic est sans danger et qu'elle permettra au médecin et au malade de reconnaître en quelques heures, inscrit sur la paupière, le diagnostic de la maladie dont ce dernier souffre ou dont il a souffert.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,

Médecin des hôpitaux.

Essai de thérapeutique générale par le sérum antidiphtérique, par MONGOUR (*J. de médecine de Bordeaux*, 30 juin 1907). — La sérothérapie antidiphtérique a été souvent appliquée avec succès au traitement des infections. L'auteur a ainsi traité un certain nombre d'angines graves non lœfflériennes par le sérum de Roux. Les résultats thérapeutiques ont été constamment favorables. Il est survenu des éruptions précoces ou tardives, des arthralgies parfois douloureuses, mais de courte durée. Les fausses membranes se sont détachées par plaques, l'engorgement ganglionnaire et la fièvre ont rapidement disparu. La guérison fut toujours brusque et la période de convalescence à peu près nulle.

Allant plus loin, Vautrin a traité par le sérum antidiphtérique quatre cas de fièvre typhoïde grave par l'hyperthermie. Tous les malades ont guéri et l'action antithermique du sérum a paru très puissante. La guérison a été obtenue encore dans un cas de septicémie non déterminée, dans trois cas de pneumonie franche et un cas de broncho-pneumonie, dans trois cas d'abcès pulmonaires consécutifs à la grippe, dans deux cas de scarlatine maligne, dans un cas de cholécystite suppurée compliquée d'angiocholite infectieuse.

Pour chacune de ces affections, traitées exclusivement par la sérothérapie, et de nature toujours grave, les modifications survenues dans l'état local et l'état général ont été si rapides, l'influence sur la marche de la température si manifeste, que l'auteur croit pouvoir affirmer les bienfaits de cette sérothérapie.

La dose a été très variable, mais jamais inférieure à 20 centimètres cubes en une seule fois.

On sait que les injections ont encore été employées avec un succès relatif dans l'ozène, dans les infections pulmonaires à pneumocoques, les kératites à pneumocoques, la néphrite aiguë grave au cours d'une scarlatine fruste non diagnostiquée. Elles ont échoué dans l'asthme des foins, l'adénopathie bronchique, la coqueluche, la tuberculose pulmonaire.

L'action favorable des injections antidiphtériques semble devoir être attribuée à l'hyperleucocytose secondaire qu'elles provoquent et peut-être aux alexines circulant normalement dans le sang.

Dans ces derniers temps on a essayé avec un certain résultat de provoquer des hyperleucocytoses artificielles par l'injection des peptones, de protalbumoses, de nucléine et de spermine.

L. JUMON.

Traitement du tympanisme et de la colite dans la fièvre typhoïde, par DUPASQUIER (*New-Orl. med. and surg. J.*, 7 juillet 1907). — Il n'est pas facile de combattre le tympanisme d'origine toxique et dû à la parésie de l'intestin. Il faut surtout combattre la toxémie par l'eau froide, les lotions sur le corps toutes les deux heures. La glace doit être appliquée sans interruption sur l'abdomen, en mettant aux pieds des boules d'eau chaude. Il ne faut pas faire des irrigations intestinales, ni donner des purgatifs.

On nettoiera très complètement la bouche et on augmentera la quantité des aliments.

La colite se montre soit dans les cas de constipation opiniâtre, soit dans les cas de diarrhée fréquente.

Dans le premier cas, on donnera de l'huile d'amande douce et de l'huile de ricin par parties égales, une cuillerée à soupe toutes les heures jusqu'à effet, ou bien une pilule de calomel-ipéca-rhubarbe.

Dans le second cas, donner toutes les deux heures jusqu'à ce que la diarrhée s'arrête 0,06 centigrammes de bleu de méthylène pur.

Dans aucun cas, ne faire d'irrigation intestinale; arrêter le lait, donner du bouillon de légumes.

L'acide phénique et le camphre, le gallate de bismuth peuvent contribuer à arrêter la diarrhée compliquée de colite. Enfin des compresses chaudes sur l'abdomen, au lieu du sac de glace, et une boule d'eau chaude aux pieds, le malade étant légèrement couvert.

L. JUMON.

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Remarques sur les anémies pernicieuses, par M. GRAWITZ (*Soc. de méd. de Berlin*, 12 juin 1907). — D'après M. Grawitz, il faut distinguer, dans les anémies graves, deux cas :

1° *Les anémies légères* des cachectiques;

2° *Les anémies pernicieuses véritables*, qui sont accompagnées de profondes altérations du sang. Elles sont moins graves cependant que les anémies des cachectiques : il suffit, en effet, pour guérir les malades de les soumettre à un traitement rationnel. Il consiste non seulement à donner, selon le conseil d'Ewald, de l'acide chlorhydrique, mais encore à pratiquer des lavages quotidiens et répétés de l'estomac et de l'intestin.

PIERRE SÉE.

A propos des phénomènes d' « hyperthyroïdie » et d' « hypothyroïdie », par M. E. GLEY (*Soc. biol.*, 1er juin 1907). — Dans une précédente communication faite à la Société de biologie, MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild avaient signalé les effets thérapeutiques obtenus en employant l'extrait thyroïdien contre le myxœdème et les états myxœdémateux. Ils en avaient conclu que cet extrait exerce des actions spécifiques sur la plupart des fonctions organiques.

M. E. Gley estime que cette conclusion est hypothétique. Il pense, de plus, qu'il est inexact de considérer la maladie de Basedow comme un « maximum d'hyperthyroïdie » qu'on pourrait reproduire en injectant des doses fortes et répétées de suc thyroïdien. Enfin il ne serait pas démontré que le nervosisme et le goitre exophtalmique soient des « étages différents d'une même construction d'hyperthyroïdie ».

PIERRE SÉE.

Rhumatisme chronique et insuffisance thyroïdienne, par M. P. ACCHIOTÉ (*Revue de neurologie*, 30 mai 1907). — M. Acchioté cite le cas d'une jeune fille de vingt-huit ans, qui fut traitée, par la radiothérapie, pour une hypertrichose du menton. Bientôt apparurent des douleurs de nature rhumatismale aux cous-de-pied, aux orteils, puis au genou droit et aux mains. La malade, en même temps, devenait apathique et indifférente. Son visage était pâle et bouffi.

M. Acchioté, à l'examen, reconnut un gonflement douloureux des articulations malades. Il constata la présence, à la jambe, d'un œdème dur, ne formant pas de godet à la pression du doigt. Le corps thyroïde était diminué de volume.

La médication antirhumatismale habituelle n'ayant donné aucun résultat, le praticien institua l'opothérapie thyroïdienne (0,10 centigrammes de glande thyroïde desséchée). Dès le quatrième jour les douleurs et le gonflement avaient disparu.

Cette observation est très intéressante : elle prouve de façon nette l'origine dysthyroïdienne du rhumatisme chronique. L'insuffisance de la thyroïde fut causée par l'action atrophiante qu'exercent les rayons Rœntgen sur la glande.

M. Acchioté fait enfin remarquer que l'insuffisance thyroïdienne peut, au moins à son début, ne se traduire que par des symptômes de rhumatisme chronique. Il conseille, en conséquence, l'usage précoce de l'opothérapie thyroïdienne.

PIERRE SÉE.

Effets comparés des transfusions d'eau salée pure et de sérums à minéralisation complexe dans les hémorragies, par M. FLEIG (*Soc. biol.*, 13 juillet 1907). — D'après M. Fleig, les sérums à minéralisation complexe augmentent *in vivo*, et plus que ne le fait l'eau salée physiologique, la coagulabilité du sang. L'addition, à ces sérums complexes, d'une quantité convenable de sérur

sanguin, augmente leur action hémostatique.

L'action hémostatique des sérums complexes est due à une augmentation de la coagulabilité du sang et à une vaso-constriction du système vasculaire.

Les sérums à minéralisation complexe sont indiqués :

1° *Comme moyen curatif*, dans les hémorragies et les maladies hémorragiques.

2° *A titre préventif*, avant certaines interventions chirurgicales au cours desquelles on a lieu de craindre des hémorragies en nappe.

PIERRE SÉE.

Sérothérapie antidiphtérique dans un cas d'hémoglobinurie, par MONGOUR et GAUTHIER (*Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, 12 juillet 1907). — Les auteurs ont employé la sérothérapie antidiphtérique dans un cas d'hémoglobinurie. La température était très élevée. Le moindre déplacement de l'enfant provoquait des syncopes. Le cas était donc d'une gravité très grande. Pour combattre l'infection, en l'absence de toute autre ressource thérapeutique, on fit une injection de sérum antidiphtérique. L'amélioration fut des plus rapides, il ne survint qu'une arthralgie avec température élevée au bout de quelques jours et qui était d'origine sérique. Le cas montre qu'on peut appliquer la sérothérapie lorsque le globule sanguin est très atteint.

L. JUMON.

Traitement de la leucémie par la radiothérapie, par MM. VON DECASTELLO et KIENBÖCK (*Soc. de méd. interne de Vienne*, 13 juin 1907). — MM. von Decastello et Kienböck ont traité par les rayons X dix-huit cas de leucémie, qui comprenaient dix cas de leucémie myéloïde et huit de leucémie lymphatique. Ils ont obtenu des résultats thérapeutiques assez satisfaisants : neuf leucémies myéloïdes ont été, en effet, très améliorées.

Les auteurs font remarquer à ce sujet que la radiothérapie doit être continuée pendant plusieurs années. Elle n'a plus néanmoins, à la longue, la même action qu'au début.

Dans les anémies lymphatiques, les auteurs n'ont obtenu, ce qui est le cas le plus fréquent, qu'une amélioration de l'état général ; les lésions sanguines ont persisté.

La radiothérapie détruit les cellules parenchymateuses dans les appareils formateurs de leucocytes, et elle restreint la formation des leucocytes et des toxines. De plus, dans les leucémies myéloïdes elle agit à distance sur les foyers de tissu myéloïde (foie, ganglions, moelle osseuse).

La radiothérapie, d'après les auteurs, contribuerait à produire des substances exerçant, sur la formation des granulocytes, une action inhibitrice. Elle n'a jamais, même lorsqu'elle est continuée plusieurs mois, d'action irritante sur le rein.

Dans la leucémie lymphatique, on expose aux rayons Rœntgen la rate et les ganglions lymphatiques hypertrophiés. Dans la leucémie myéloïde, on fait, sur la rate, des applications prolongées.

La rœntgenisation des os longs est inutile, car elle ne produit aucun effet.

PIERRE SÉE.

Les dépôts uratés dans les tissus, par M. VAN LOGHEM (*Journ. de médecine de Bruxelles*, n° 18). — M. van Loghem, pour éclairer la pathogénie des dépôts d'urates dans les tissus, a fait l'expérience suivante : il a injecté de l'acide urique à un lapin et a reconnu que les cristaux se dissolvent très lentement. Il se forme, en même temps, des amas de cristaux en aiguille d'urate de soude, particulièrement irritants pour les tissus.

Lorsqu'on administre, par la sonde, des alcalins aux lapins en expérience, les dépôts d'urate augmentent. Ils diminuent au contraire, et il arrive même qu'ils ne se forment pas du tout, si on donne de l'acide chlorhydrique aux animaux.

Ces faits sont donc en opposition avec les résultats que l'on obtient en prescrivant des alcalins aux arthritiques.

M. van Loghem termine son travail en recommandant l'emploi, en thérapeutique, de l'acide chlorhydrique, pour dissoudre les concrétions d'acide urique dans les tissus.

PIERRE SÉE.

Action de certains médicaments dans le traitement du diabète sucré et de la glycosurie chronique, par WILLIAMSON (*The Practitioner*, juillet 1907). — Si le régime suffit à faire disparaître la glycosurie, les médicaments sont inutiles ; il n'en est plus de même dans les cas où la glycosurie est plus rebelle.

L'opium, la morphine, la codéine à fortes doses diminuent la glycosurie, peut-être en diminuant l'appétit. Ils ont l'inconvénient de causer souvent une constipation opiniâtre qui est préjudiciable dans les formes graves. Le chlorhydrate d'héroïne n'a pas cet inconvénient au même degré, mais il faut le donner avec prudence à cause de son action toxique.

Les salicylates et l'aspirine sont supérieurs dans leur action à l'opium. Ils ont une action réelle sur la glycosurie sans avoir d'action nuisible. Il est souvent nécessaire de donner de fortes doses; l'auteur commence par 60 centigrammes et va rapidement à 90 centigrammes, trois ou quatre fois par jour; on peut même donner des doses plus élevées de salicylate de soude sans inconvénient, mais il faut surveiller le malade.

Beaucoup de malades prennent l'aspirine plus facilement que le salicylate de soude. Le médicament sera pris avec de l'eau additionnée de quelques gouttes de citron, et on évitera de donner, en même temps que l'aspirine, des eaux alcalines ou du lait.

Le salicylate de bismuth détermine une constipation qui s'oppose à son emploi prolongé.

Les bons effets des salicylates et de l'aspirine s'observent surtout dans les formes légères de diabète et parfois même, dans les formes graves, chez les enfants, dont la glycosurie se trouve un peu diminuée et l'état général meilleur. On sera plus réservé avec l'emploi de ces médicaments dans les cas de lésion cardiaque ou rénale, bien que l'auteur n'en ait pas observé d'inconvénients.

Dans les formes graves de diabète, lorsque l'urine présente la réaction du perchlorure de fer, l'auteur a essayé un grand nombre de médicaments pour faire disparaître cette réaction, indice de l'approche de phénomènes comateux, mais aucun médicament n'a invariablement cette action. Cependant, l'acide diacétique disparaît souvent lorsque l'action intestinale est plus régulière sous l'action des purgatifs seuls ou associés aux alcalins. Dans plusieurs cas, la réaction a disparu sous l'influence de la glycérine ou du bicarbonate de soude seul.

Dans les cas très graves, il faut porter la dose jusqu'à 20 ou 30 grammes par jour et l'auteur a souvent donné, en présence de symptômes prémonitoires du coma, 45 grammes durant quelques jours. Même lorsque le coma diabétique a commencé, on peut encore avoir des succès par de très hautes doses de bicarbonate de soude, mais ils sont rares.

L. Jumon.

Traitement de la glycosurie goutteuse, par Alfred-W. Sikes (*The Practitioner*, juillet 1907). — Dans la glycosurie goutteuse ordinaire, on constate que ce qui est mauvais pour la goutte l'est également pour la glycosurie, et qu'en général il n'est pas prudent d'imposer au malade le régime du diabétique. Une grande quantité d'albuminoïdes aggrave son état. Le traitement doit varier dans chaque cas, car il dépend de l'état général du malade, de la façon dont il est affecté par la goutte, de l'étendue de sa maladie et de l'état de ses organes, notamment des organes digestifs, du foie et des reins.

Le traitement alcalin donne de bons résultats et les citrates de soude, de potasse et d'ammoniaque sont utiles. On peut donner le phosphate d'ammoniaque aux doses de 0 gr. 60 à 1 gr. 20, trois fois par jour, dans l'eau. Le salicylate de soude est souvent très utile, mais si, au bout de deux semaines, il n'a produit aucun effet, il faut arrêter son emploi.

Le régime doit être léger et ne pas imposer trop de travail aux organes digestifs et au foie. Des aliments simples, peu copieux, convenablement cuits et une mastication parfaite sont de grande importance.

Il est bien d'éviter le sucre, mais il n'est pas utile ni sage de trop limiter les hydrates de carbone, surtout chez les malades âgés, déjà un peu cachectiques. On peut permettre, en général, du pain blanc, des pois, des haricots, du riz, du macaroni, etc., avec du lait ou de la crème. On peut permettre de la viande une fois et souvent deux fois par jour.

En général, le régime doit tenir compte plus de l'état goutteux que de la glycosurie. La quantité de liquide prise aux repas doit être faible, pour ne pas affaiblir l'action du suc gastrique. Il faut, d'autre part, encourager les malades à boire entre les repas. Moins on prendra d'alcool, mieux cela vaudra; mais dans beaucoup de cas, il n'y a pas d'inconvénient à prendre une petite quantité de bonne eau-de-vie au principal repas.

Il faut encourager l'exercice : le massage,

les bains, etc., sont utiles pour l'entretien de la santé. L'urine doit être souvent examinée et le traitement sera modifié selon les résultats de l'analyse. Dans quelques cas légers, quelques jours de traitement suffisent pour faire disparaître le sucre.

Il sera utile de faire suivre un traitement hydrominéral par des eaux alcalines, alcalino-sulfureuses ou chlorurées et sulfureuses. Dans les cas graves, le malade passera l'hiver dans les climats doux.

L. Jumon.

Le traitement médicamenteux du diabète sucré, par Alfr.-R. Parsons (*The Practitioner*, juillet 1907). — Dans le diabète, les médicaments peuvent devenir nécessaires pour supprimer la glycosurie, pour prévenir ou combattre le coma, pour combattre les symptômes et les complications.

De l'enquête à laquelle s'est livré l'auteur, il résulte qu'il n'y a pas de traitement spécifique du diabète, que les médicaments ne jouent qu'un rôle secondaire dans le traitement du diabète. L'opium est, pour le moment, le meilleur antiglycosurique. On peut l'administrer à toutes les périodes de la maladie, mais son utilité est la plus grande dans les cas graves où un régime sévère ne réussit pas à supprimer tout le sucre de l'urine. Les doses sont de 0,05 à 0,30 centigrammes d'extrait.

Le salicylate de soude et l'aspirine ont une action favorable dans les cas légers de diabète et peuvent faire cesser temporairement la glycosurie. La dose est de 1 gramme environ, trois fois par jour.

On peut employer le jambul en alternant avec le salicylate de soude ou l'aspirine.

Dès que survient la réaction du perchlorure de fer, il faut administrer le bicarbonate de soude à la dose de 10 grammes par jour et au-dessus. L'injection intra-veineuse de un litre d'une solution à 3 ou 4 p. 100 de carbonate de soude donne les meilleures chances de faire disparaître le coma diabétique.

Pour combattre la soif, il est inutile de diminuer la quantité des boissons, mais, pour la calmer, le malade peut sucer des tranches de citron ou boire, à petits traits, de l'eau très chaude.

La constipation doit être combattue, mais on évitera les laxatifs sucrés; les eaux purgatives sont les meilleurs laxatifs.

L'œdème est rare chez les diabétiques. V. Noorden l'a vu apparaître chez les malades soumis à la cure d'avoine. Une dose de diurétine a suffi pour le faire disparaître.

Le prurit est très désagréable, on lui opposera de grands soins de propreté, des bains fréquents avec une solution de borax ou d'acide borique, ou l'application de poudres absorbantes.

On surveillera les dents et les gencives et on prescrira des lavages buccaux alcalins et antiseptiques.

L. Jumon.

Traitement de la gangrène diabétique, par Cuthbert Wallace (*The Practitioner*, juillet 1907). — Le traitement de cette complication suit les mêmes lignes que celui de la gangrène sénile. Il y a d'abord un traitement palliatif, qui consiste dans le repos au lit, à supprimer toute humidité et toute irritation dans les régions atteintes et à réduire la glycosurie. On abandonne l'élimination à la nature en enlevant les eschares à mesure qu'elles se détachent.

Si la gangrène a atteint le pied, il ne faut pas compter sur une guérison spontanée. Il faut s'adresser au traitement radical et faire l'amputation à la partie supérieure de la jambe. Si la jambe est atteinte, l'amputation se fera soit au-dessous du genou, soit au tiers inférieur de la cuisse, ce qui est de beaucoup préférable. Lorsqu'il survient des symptômes d'infection septique, accélération du pouls, délire nocturne, langue sèche, l'opération offre la seule chance de salut; encore la situation est-elle beaucoup moins favorable que lorsque ces symptômes n'ont pas encore fait leur apparition.

On a pu parfois constater que la glycosurie diminue considérablement après l'amputation, c'est-à-dire après la suppression du foyer septique. Même chez les malades non diabétiques, qui sont atteints de lésions septiques, la tolérance pour le sucre baisse dans une proportion énorme pour reparaître après la guérison. La présence du sucre dans l'urine peut donc être dans certains cas une indication d'opérer, loin d'être une contre-indication. L'amputation supprime un état local, source de septicémie, et améliore par elle-même l'état général.

L. Jumon.

Sur un cas de diabète par syphilis du pancréas, par M. Steinhaus (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 28 mars 1907). — M. Steinhaus

cite une observation de syphilis du pancréas. Le sujet était une femme de quarante-sept ans, qui souffrait, depuis cinq mois, de douleurs assez violentes au niveau du creux épigastrique et du dos, et présentait de l'asthénie et un amaigrissement marqué. La polyurie s'élevait à quatre litres, contenant 180 grammes de sucre, de l'acide diacétique et de l'acétone. Le chiffre de l'urée était de 41 grammes.

Le foie était gros, résistant à la palpation. On observait, de plus, une chorio-rétinite de l'œil gauche et de nombreuses cicatrices sur les jambes.

L'autopsie décela la nature syphilitique de l'affection. Le foie, en effet, était rempli de gommes. L'examen histologique démontra la présence de lésions spécifiques. Le pancréas était creusé d'une cavité contenant du sang et des produits de nécrose, et le reste du tissu pancréatique était atteint de processus de sclérose (lésions cellulaires, endartérite oblitérante, etc.). Le diabète était donc dû à une pancréatite syphilitique.

M. Steinhaus, à propos de cette observation, fait remarquer que le diabète syphilitique se déclare, en général, à la période tertiaire de l'infection. Ce diabète peut être dû soit à une pancréatite, tel le cas que nous venons de citer, soit à des lésions du système nerveux (méningite de la base et de la région du quatrième ventricule).

Il est très important, mais souvent difficile, de diagnostiquer la nature syphilitique de l'affection, car le *traitement spécifique*, appliqué en temps utile, permet le plus souvent de guérir les malades.

PIERRE SÉE.

Saturnisme par ingestion surabondante d'eaux potables plombifères, dans le diabète, par M. SABRAZÈS (*Gazette hebdom. des Sciences méd. de Bordeaux*, 3 mars 1907, n° 9). — M. Sabrazès signale le cas d'un diabétique polydipsique qui présenta, au bout de quelque temps, des accidents saturnins. L'enquête, à laquelle se livra l'auteur, démontra que les accidents étaient dus au fait que l'eau, contenue dans des conduites en plomb, attaquait, légèrement d'ailleurs, ce métal.

M. Sabrazès signale cette cause d'intoxication qui est facile à éviter. Il suffit, en effet, de laisser couler l'eau quelques instants avant de s'en servir pour la boisson. L'eau courante ne présente, en effet, aucun danger, tandis que celle qui a stagné un certain temps dans les tuyaux a eu le temps de se charger en sels toxiques.

PIERRE SÉE.

Calcification et décalcification chez l'homme, par M. P. FERRIER (*Comptes rendus Ac. Sc.*, 1er juillet 1907). — Il se produit, à un certain moment de la vie, une surcharge de l'organisme en sels de calcium. C'est ce qu'on observe chez les sujets atteints d'athérome et d'artériosclérose. Ces états pathologiques sont le résultat presque fatal de l'âge.

Lorsque se manifestent l'athérome et l'artériosclérose, la calcification de l'organisme est déjà avancée; aussi l'iodure de potassium, qu'on a l'habitude d'administrer, ne produit-il que des effets insuffisants.

D'après M. P. Ferrier, on doit combattre la calcification dès qu'apparaissent les signes suivants :

1° Déchaussement des dents;
2° Presbytie;
3° Cataracte calcaire.

Le rhumatisme noueux et la goutte chronique sont également des indications de la cure de décalcification.

Pour obtenir la décalcification thérapeutique, l'auteur conseille les limonades acides inorganiques (à 2 0/00 au maximum) ou organiques, le sulfate de soude, le sulfate de magnésie (1 à 2 grammes par jour), les phosphates de soude, les sulfures alcalins, le soufre en poudre (qui est particulièrement indiqué dans la goutte), l'acide lactique, les laits fermentés, l'acide citrique des citrons et des oranges, le cidre ayant subi la fermentation acétique.

M. P. Ferrier fait remarquer que certains individus dits « ostéociques » ont un organisme très peu calcifié : aussi conservent-ils, jusqu'à un âge avancé, leur agilité, la jeunesse de leurs tissus, la souplesse de leurs artères et de leurs articulations. La densité de ces individus est inférieure à celle de l'eau, contrairement à ce qui existe pour la majorité des hommes.

PIERRE SÉE.

Le sucre dans la ration d'entraînement du soldat, par M. JOLY (*Archives médicales belges*, n° 6). — M. Joly, médecin militaire, a

étudié l'action du sucre sur l'énergie musculaire. Il a tout d'abord reconnu que les soldats pouvaient absorber pendant vingt jours, et sans présenter de troubles digestifs, des doses quotidiennes de 60 à 160 grammes de sucre. L'auteur a remplacé alors, dans la ration journalière des hommes, 100 grammes de viande fraîche par 120 grammes de sucre (sous forme de boissons sucrées). Cette substitution a eu pour résultat :

1° D'améliorer les conditions physiques du travail musculaire, en régularisant les battements du cœur et le rythme respiratoire;

2° D'augmenter la résistance physique;

3° De diminuer, pendant les marches, les accidents imputables à la chaleur et à la fatigue.

Enfin l'auteur a pu, chez cinq volontaires, remplacer, pendant trois jours, toute la ration carnée par 300 grammes de sucre. Ces soldats ont pu faire leurs étapes sans fatigue.

PIERRE SÉE.

Influence des rapides déplacements d'air que provoque l'automobile sur la nutrition générale, par M. A. MOUNEYRAT (*Comptes rendus Ac. Sc.*, 3 juin 1907). — M. Le Gendre avait précédemment étudié l'influence de l'automobile sur la peau, les organes des sens, les voies respiratoires, les appareils circulatoire, digestif et locomoteur et le système nerveux.

M. Mouneyrat a recherché l'influence de ce sport sur la nutrition générale des sujets normaux d'une part, anémiques et neurasthéniques, d'autre part.

L'auteur fit, à plusieurs reprises, des voyages de huit à dix jours en automobile, à une allure moyenne de 40 kilomètres à l'heure, avec un parcours quotidien de 100 à 200 kilomètres. Ces voyages furent effectués au printemps et en été. M. Mouneyrat, en faisant la numération des globules rouges et le dosage de l'hémoglobine, est arrivé aux constatations suivantes : grâce à la ventilation que produit l'automobile, il y a augmentation notable du nombre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine, aussi bien chez les sujets normaux que chez les anémiques. L'auteur en conclut que l'automobile, à allure modérée, est le traitement de choix de l'anémie.

Le dosage des principaux éléments de l'urine et l'examen des rapports urinaires a également révélé, comme du reste l'appétit qui est augmenté, une suractivité de tous les phénomènes de nutrition.

L'automobile, en outre, favorise un sommeil profond chez les sujets normaux et fait cesser les insomnies chez les neurasthéniques. La fatigue que produit la voiture, la ventilation, l'action de la douche d'air sur le système nerveux, l'hématose, ne peuvent, d'après M. Mouneyrat, suffire à expliquer la production du sommeil. L'auteur admet que l'air des champs et des bois renferme, indépendamment des constituants qu'on y a isolés, un principe spécial encore inconnu, qui favoriserait le sommeil, en produisant la détente du système nerveux.

PIERRE SÉE.

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT,
Ancien interne des hôpitaux.

Traitement des plaies du poumon (*Soc. de ch.*, 3 juillet 1907). — On ne doit pas craindre de répéter, à cause de ses conséquences pratiques, la formule proposée par M. Delorme et adoptée par la plupart des chirurgiens, à savoir que l'expectation armée doit être la règle et l'intervention l'exception dans le traitement des plaies pulmonaires. A signaler, toutefois, la distinction que M. RICARD tend à établir entre les plaies par instrument tranchant et plaies par coups de feu, l'arme étant le plus souvent le revolver. Les plaies par coup de couteau laissent, beaucoup moins que ces dernières, place à l'indécision. Leur caractère hémorragipare est des plus connus, et c'est pour des plaies de ce genre qu'on aura à opérer le plus souvent. Il faut savoir, cependant, que les hémorragies les plus graves ne sont pas fatalement mortelles. Témoin le fait que M. Ricard cite aujourd'hui : on lui apporta un enfant qui avait reçu un coup de couteau dans la poitrine; il était pâle et sans pouls; la matité était complète sur tout le côté atteint. Il y avait donc, semble-t-il, indication suivant la formule Delorme. Dans la crainte de le voir succomber, l'opérateur s'abstint. Le lendemain, le petit blessé allait mieux et il se déclara plus tard un empyème, qui fut opéré avec succès.

A. BENOÎT.

Estomac biloculaire (*Soc. de ch.*, 3 juillet 1907). — Sur une observation adressée par M. Tesson (d'Angers), M. Hartmann rappelle l'existence, moins rare qu'on ne le suppose, des cloisonnements de l'estomac, *suite d'ulcère*, si bien que deux poches presque complètement séparées peuvent donner la symptomatologie de la sténose pylorique. Reconnues en opérant, on peut soit faire une anastomose des deux portions de l'estomac séparées par le rétrécissement, soit établir une gastro-entérostomie postérieure.

A. Benoit.

Opérations de goitre avec l'anesthésie locale, par Pairlie Clarke (*The Brit. med. J.*, 29 juin 1907). — L'anesthésie locale pour les opérations de goitre ne doit pas être la règle, mais doit seulement être réservée aux sujets qui pourraient courir des risques sérieux par l'anesthésie générale. L'auteur y a eu recours pour un certain nombre d'opérations graves, avec des résultats satisfaisants. La solution recommandée se compose de 0,70 centigrammes de sodium, de 0,08 centigrammes de β eucaïne et de 100 grammes d'eau ; on fait bouillir la solution et on ajoute X gouttes de la solution commerciale d'adrénaline. La solution est injectée froide dans les plans superficiels sur la ligne médiane de la région à opérer, puis l'aiguille est enfoncée dans le tissu sous cutané où l'on injecte en différents points au-dessous du fascia de manière à agir sur les nerfs qui composent le plexus cervical. L'opération ne doit commencer qu'une demi-heure après l'injection ; l'anesthésie dure au moins une heure.

L'œdème produit dans les tissus est souvent considérable, mais rarement assez fort pour gêner le chirurgien, car l'état exsangue causé par l'adrénaline compense cet l'inconvénient. Les opérations ont consisté à exciser une moitié de la thyroïde ou à lier les artères thyroïdiennes supérieures. Durant l'opération, on couvre avec un mouchoir la face du malade lequel peut d'ailleurs boire du thé ou de l'eau pendant qu'on l'opère. Jamais on n'a observé d'inconvénients sérieux.

Les résultats de l'anesthésie locale ont été excellents et les malades ont pu retourner d'eux-mêmes au lit, ce qui n'aurait pu avoir lieu avec l'anesthésie générale. Dans un cas seulement, il y a eu des vomissements après l'opération. La guérison opératoire n'a pas été retardée par les injections.

L. Jumon.

Sur le massage par pressions rythmiques et son emploi dans le traitement consécutif des opérations abdominales, par G. B. Schmidt (*Muench. med. Woch.*, 18 juin 1907). — Le traitement imaginé par le professeur Cederschiöld, de Stockholm, est moins agressif que le massage ordinaire ; il ménage beaucoup mieux les tissus et d'autre part les pressions rythmiques facilitent avec le mouvement de la lymphe et du sang la résorption des exsudats. Schmidt a employé avec beaucoup de succès cette méthode de massage pour supprimer les adhérences dans le traitement consécutif des opérations intra-abdominales et pour rendre l'activité à des portions d'organes dont les fonctions sont en souffrance. Ce massage est indiqué principalement après l'ablation de l'appendice, où des troubles circulatoires, des résidus inflammatoires ou des adhérences post-opératoires empêchent les mouvements péristaltiques et l'évacuation régulière de l'intestin. Le malade étant couché sur le bord résistant du lit, l'opérateur cherche le cæcum avec les doigts de la main droite, qu'il enfonce d'abord avec précaution, plus tard plus profondément, et l'exprime contre la face interne de la fosse iliaque. La main placée sur la paroi abdominale ne quitte pas sa place, mais fait rouler par un déplacement latéral de la paroi les organes profonds sous les doigts et exécute de légers mouvements circulaires en augmentant et supprimant alternativement la pression.

Ce traitement ne doit naturellement être institué que lorsque les phénomènes inflammatoires profonds ont disparu et qu'il n'y a plus à craindre de léser la cicatrice de la paroi.

Schmidt a procédé de même dans les cas d'opération sur les voies biliaires avec conservation de la vésicule et dans les cas de cholécystostomie temporaire. La vésicule fixée sur la paroi est souvent la cause de tiraillements dans les changements de position, dans les respirations profondes ou pendant la digestion. Les pressions rythmiques exercées sur le siège de l'opération détachent la vésicule de la paroi, facilitent l'évacuation de son contenu et provoquent des contractions.

Après les opérations des annexes, ce massage permet encore aux exsudats de résorber plus facilement par suite des modifications alternatives qu'on imprime au mouvement de la lymphe.

L. Jumon.

De l'utilisation par les praticiens de la méthode de Bier, par AUFFRET (*Soc. méd. de l'Elysée*, 3 juin 1907). — Dans cette étude, l'auteur laisse de côté la partie théorique et expérimentale du travail de Bier pour en dégager seulement les quelques données pratiques qui peuvent être utiles à connaître de tout médecin. Après avoir exposé les différentes techniques de ce traitement, il pense qu'on peut recommander le traitement hyperémique dans les conditions suivantes :

1° Les caisses à air chaud et les appareils aspirateurs dans les états non infectieux : les premières dans le rhumatisme chronique, l'arthrite déformante, les arthrites anciennes, les œdèmes chroniques ; les seconds, quand on veut exercer une action plus énergique (lésions traumatiques anciennes, accidents du travail).

2° Les ventouses de Klapp, dans les infections localisées, quand le pus est déjà formé : en première ligne, dans les abcès du sein et les bubons, puis les furoncles, les abcès ganglionnaires, les panaris superficiels.

3° L'action calmante de la bande élastique sur la douleur en fait le traitement de choix des arthrites blennorrhagiques, car elle permet de commencer très vite la mobilisation ; ses propriétés anesthésiques et bactéricides seront utilisées avec avantage dans les infections douloureuses : arthrites aiguës, foyers métastatiques au début dans les plaies infectées.

4° En présence d'une suppuration grave (ostéomyélite, arthrites suppurées, phlegmons profonds, panaris, etc.), la première indication est de donner largement issue au pus.

La stase veineuse rend aussi secondairement des services : l'œdème qui l'accompagne semble posséder des propriétés bactéricides. L'écoulement du pus est plus facile et ce traitement permet souvent de supprimer le tamponnement et le drainage.

L. JUMON.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr PIERRE SÉE.
Lauréat de la Faculté.

Traitement électrique de la dilatation atonique de l'estomac, par MANGELSDORF (*Therap. Monatshefte*, juillet 1907). — L'auteur constate que cette atonie présente une très grande fréquence, et il estime qu'il y a lieu de s'adresser à l'appareil musculaire pour modifier ces états ; l'application de courants électriques combinés, avec l'appareil de Watteville, rend les meilleurs services sous ce rapport. L'anode de 500 à 800 centimètres carrés s'applique sur l'épigastre ; la cathode, sur le rachis. On commencera toujours par quelques séances de galvanique (1,5 à 3 milliampères), de cinq à six minutes de durée. Les séances, quotidiennes au début, peuvent être faites deux fois par jour à partir de la troisième semaine de traitement.

L'auteur a pu constater que cette méthode donne des résultats durables.

E. VOGT.

Le vin au point de vue de l'hygiène alimentaire, par M. DOLÉRIS (*Soc. de méd. de Paris*, 22 juin 1907). — Dans cette communication, M. Doléris conseille l'usage journalier du vin aux repas. Il a, en effet, observé des cas nombreux d'entérite chez des femmes qui ne buvaient que de l'eau. Il faut remarquer que la tradition et l'hygiène générale de tous les peuples comporte l'usage de boissons fermentées (vin, lait aigri, miel fermenté, etc.). Cette habitude, aussi vieille que le monde, d'absorber des liquides fermentés est justifiée par les dernières découvertes de la médecine. MM. Metchnikoff et Tissié recommandent, en effet, pour restreindre les fermentations intestinales, l'usage de solutions lactiques acides, et MM. Sabrazès et Marcandier ont démontré que le bacille d'Eberth est tué par un séjour de deux heures dans le vin.

Doléris estime néanmoins que le vin doit être défendu à certains arthritiques, aux surmenés intellectuels, aux sédentaires. En tous les cas, il recommande aux buveurs de vin de faire des exercices physiques suffisants.

PIERRE SÉE.

Mal de mer d'imagination, par M. Félix REGNAULT (*Soc. de l'internat des hôp. de Paris*, 28 mars 1907). — Le mal de mer, d'après M. Félix Regnault, peut être somatique ou imaginaire. Il est imaginaire lorsque les personnes sont malades par un temps calme, à la suite de conversations sur le mal de mer, ou même à terre à la seule vue d'un bateau.

Les naupathies imaginaires peuvent cesser à la suite de n'importe quel traitement pourvu que le médecin affirme avec autorité l'efficacité du remède qu'il a prescrit. Elles peuvent aussi guérir par suggestion.

L'auteur pense que beaucoup de cas de mal de mer, regardés comme somatiques, sont purement imaginatifs, ce qui expliquerait les succès de médicaments soi-disant spécifiques.

PIERRE SÉE.

Le mal de mer d'imagination, par M. Marcel BEAUDOIN (*Soc. de l'internat des hôp. de Paris*, 28 mars 1907). — M. Marcel Beaudoin, contrairement aux idées de M. Félix Regnault, n'admet que l'origine somatique du mal de mer. Le mal d'imagination, si toutefois il existe, serait extrêmement rare.

Les naupathies somatiques présenteraient, d'après M. Beaudoin, deux formes cliniques. La première se produirait par une mer houleuse et disparaîtrait avec le retour du calme.

La seconde forme, dont l'auteur souffre lui-même, apparaît par tous les temps et dès que le navire présente un mouvement quelque léger qu'il soit. Cette naupathie est liée à des troubles gastriques. Elle atteint également les mêmes sujets sur terre : on lui donne alors le nom de mal de voiture, de chemin de fer. Elle est souvent provoquée par des odeurs de machine à vapeur, etc. Elle est surtout marquée lorsque le patient est en état de crise gastrique.

Cette forme serait en relation, d'après l'auteur, avec un état spécial du système nerveux gastro-intestinal.

PIERRE SÉE.

Traitement de la colite muqueuse, par DOUGLAS WILSON (*Edinb. med. J.*, juillet 1907). L'auteur insiste sur les bons résultats qu'a donnés le traitement balnéothérapique, alors que les méthodes ordinaires ont donné peu de succès. Les pratiques hydrothérapiques sont de deux sortes et peuvent être employées ensemble ou séparément..

On a d'abord recours à la douche intestinale qui est administrée tandis que le sujet est couché sur un lit spécial. On introduit par le rectum un tube de caoutchouc de longueur variable de 14 à 17 pouces et on injecte la quantité convenable d'eau minérale chaude en graduant la pression suivant les cas. Le sujet change alors de position pendant qu'il garde le lavement, puis le liquide est rendu et on recommence la douche.

La douche Tivoli consiste en un bain ordinaire dans lequel le sujet est étendu et ayant de l'eau minérale chaude jusqu'au cou. Dans cette position, on envoie à l'aide d'un appareil spécial une douche chaude sur l'abdomen, douche qui doit être à une température beaucoup plus élevée que celle du bain. Ces méthodes sont appliquées en même temps qu'un régime convenable, du massage et l'usage d'eau minérale à l'intérieur.

L. JUMON.

Les lavements créosotés contre la dysenterie (*Journal de médecine de Paris*, n° 26, 30 juin 1907, p. 248). — Le Dr Billet (de Marseille) a obtenu de bons résultats en employant les lavements créosotés chez de nombreux sujets atteints de dysenterie amibienne.

Pour préparer un de ces lavements, on prend 200 à 500 grammes de liquide, contenant 1 à 2 p. 100 de créosote. On dissout la créosote dans l'huile d'amandes douces ou l'huile d'arachide et on émulsionne avec un jaune d'œuf.

Cette médication, d'après M. Billet, ferait rapidement disparaître les douleurs, les épreintes, les selles sanglantes. Elle aurait, de plus, l'avantage de détruire l'amibe et amènerait ainsi la guérison de la dysenterie.

PIERRE SÉE.

Traitement de la lithiase intestinale par la limonade phosphorique (*Sem. médic.*, n° 23, p. 273, 5 juin 1907). — M. E. Solland (de Vichy) fit analyser, chez une petite fille de six ans, atteinte de lithiase intestinale, le sable expulsé. Le praticien reconnut alors que le phosphate tribasique de chaux formait, dans ce sable, 95 p. 100 des matières minérales. Or le phosphate tribasique de chaux est soluble en milieu acide; il se transforme, en effet, en phosphate acide. M. Solland en tira la conséquence que la précipitation du sel était due à une alcalinité exagérée de l'intestin. Aussi ce praticien prescrivit-il à la malade une médication acide composée de limonade phosphorique officinale (une cuillerée à dessert avant chaque repas, c'est-à-dire quatre à cinq fois par jour). Dans les vingt-quatre heures, la diarrhée, qui durait de-

puis deux mois, ainsi que l'expulsion du sable s'arrêtèrent. Les symptômes de dyspepsie et d'entérite disparurent de même.

M. Solland reconnut également les bons effets de cette médication chez douze sujets atteints de lithiase intestinale, qu'elle fût ou non compliquée de lithiase biliaire.

L'auteur, pour les adultes, augmente les doses. Il leur donne, dans les vingt-quatre heures, jusqu'à trois verres à bordeaux de limonade phosphorique.

PIERRE SÉE.

Traitement de la lithiase biliaire et prévention des coliques hépatiques par l'usage continu de la glycérine (*Tribune médicale*, n° 24, 15 juin 1907, p. 380) (d'après *Journal de médecine et de chirurgie*). — Le Dr Plantier (d'Annonay) recommande, contre les coliques hépatiques, l'usage de la glycérine, qu'avait déjà préconisée, en 1892, M. Ferrand.

La glycérine présenterait, d'après M. Plantier, les avantages suivants :

1° Prise par voie buccale, elle est absorbée en nature par les vaisseaux lymphatiques qui vont de l'estomac au hile du foie ; aussi retrouve-t-on le médicament dans les veines sus-hépatiques.

2° Elle est un puissant cholagogue.

3° A dose massive (20 à 30 grammes), elle fait cesser les crises de colique hépatique.

4° A faible dose (5 à 15 grammes), prise quotidiennement dans de l'eau alcaline, elle prévient le retour des crises.

La glycérine est préférable à l'huile d'olive pour plusieurs raisons : elle est acceptée sans répugnance par les malades et ne détermine pas de vomissements ; elle n'est, de plus, pas coûteuse ; aussi l'auteur prescrit-il aux malades souffrant de coliques hépatiques de prendre tous les matins, pendant des mois et même des années, une cuillerée à café de glycérine pure et neutre dans un demi-verre d'eau de Vichy ou de Vals.

Cette médication suffirait, à elle seule, à prévenir le retour des crises. Il ne serait, dès lors, pas nécessaire de soumettre le malade à une cure thermale ou à un régime particulier.

PIERRE SÉE.

Appareil pulmonaire.

Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Pathologie et traitement de l'emphysème pulmonaire, par MOHR (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 8 juillet 1907). — En dehors de l'étiologie classique de l'emphysème, il faut attirer l'attention sur les modifications primaires que peut subir la cage thoracique. La calcification des cartilages costaux est probablement la cause de l'emphysème sénile : or, des altérations analogues peuvent s'observer chez des sujets jeunes encore : elles débutent en général sur les 2e et 3e cartilages du côté droit et peuvent envahir, soit un seul côté, soit la totalité de la cage thoracique. Les côtes sont alors fixées en inspiration et le sternum se soulève.

De ces prémisses découle forcément une indication thérapeutique : la mobilisation de la cage thoracique rigide. Cette indication est naturellement limitée aux cas dont il est question ci-dessus, car dans l'emphysème alvéolaire classique, les alvéoles ont perdu leur élasticité et la mobilisation du thorax ne modifierait pas le fonctionnement du poumon.

Le diagnostic, qui découle de ce qui précède, peut être corroboré par l'examen aux rayons X : ce dernier montre que le diaphragme a perdu sa forme normale et est notablement aplati.

Hildebrand a opéré un cas de ce genre, avec un résultat remarquable : le second cas, observé par l'auteur, a été opéré par Haasler et Bramann. Les chirurgiens ne se bornèrent pas à sectionner les cartilages (comme il fut fait dans le premier cas), ils réséquèrent des tranches de cartilage.

Il s'agit d'un ouvrier de quarante-six ans, inutilement traité par les iodures et l'hydrothérapie, chez lequel le Pr Haasler, réséqua, le 15 avril de cette année, une partie du cartilage et des 2e et 3e côtes à droite. L'amélioration fut remarquable et dura jusqu'à fin mai : à ce moment, les accidents reparurent et sur les instances du malade, le Pr von Bramann enleva, du côté droit, des morceaux de cartilage de 2 centimètres environ aux cartilages costaux nos 2, 3, 4 et 5. Après l'intervention, la dyspnée disparut de suite et n'a pas reparu depuis.

E. VOGT.

Emploi de la morphine dans l'asthme, par GOLDSCHMIDT (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1er juillet 1907). — L'auteur, qui exerce à Reichenhall, a l'occasion d'observer de nombreux asthmatiques : il a pu reconnaître que seule l'injection de morphine constitue le traitement, pour ainsi dire idéal, de l'accès. Il est vrai que 50 p. 100 des morphinomanes que l'on rencontre dans les asiles sont des asthmatiques.

Existe-t-il un moyen de ne pas priver ces malades de ce médicament indispensable, tout en évitant le danger de la morphinomanie? L'auteur a constaté qu'en administrant des doses minimes, trois à quatre milligrammes, on arrive parfaitement à enrayer les accidents graves; dans ces conditions, on n'observe pas d'accoutumance. L'auteur dispose d'une observation d'asthme chronique, au cours duquel il fit, pendant six mois quotidiennement, une injection à la dose ci-dessus : il put cesser du jour au lendemain la médication sans inconvénient.

Le meilleur moyen d'éviter le morphinisme est de ne pas dépasser de beaucoup la dose initiale, et de remplacer l'alcaloïde par le chloral ou un médicament analogue, capable d'influencer l'accès.

E. VOGT.

Hémoptysie grave traitée par le sac de glace, par HAROLD DOWNES (*The Brit. med. J.*, 29 juin 1907). — Le cas relaté présente un certain intérêt en raison du traitement énergique qui a été appliqué. On peut estimer à plus de quatre litres la quantité totale de sang que le malade âgé de vingt-huit ans, tuberculeux au début, rendit en neuf jours.

Le traitement fut le suivant : repos absolu au lit, les épaules légèrement élevées, lait et œufs, laxatifs salins. Le nitrite d'amyle fut administré au début, mais sans effet apparent. On appliqua alors un sac de glace au niveau du sommet droit continuellement, le jour et la nuit. A partir du moment où la glace fut appliquée, le malade n'eut plus d'expectoration sanguine. Tous les médicaments furent supprimés et la glace fut continuée durant six jours. A ce moment, on ne constata plus aucun râle sous-crépitant. Douze semaines après la fin de cette hémoptysie, le malade était amélioré et avait gagné quinze livres, il ne toussait plus ni ne crachait.

Ce traitement n'est pas nouveau et il est très généralisé aujourd'hui. L'auteur y a eu souvent recours, mais sans résultats bien démonstratifs. Il est rare qu'on puisse bien localiser le point de l'hémorragie pour pouvoir appliquer exactement le sac de glace et produire par action réflexe la contraction vasculaire des lobules atteints; si la glace est appliquée dans un point qui ne correspond pas à l'hémorragie, elle est peut-être plutôt nuisible parce qu'elle amène une augmentation de la pression sanguine dans la région de l'hémorragie.

L. JUMON.

Complications pulmonaires du diabète, par J. PERKINS (*The Practitioner*, juillet 1907). — Les maladies pulmonaires tiennent un rang élevé parmi les complications du diabète. La pneumonie et la phtisie ont une grande influence sur son pronostic; à ces complications il faut joindre la gangrène pulmonaire.

Etant donnée la tendance des diabétiques à contracter la tuberculose, il faut autant que possible leur éviter tout danger d'infection. Après que la maladie a fait son apparition, on pourra encore faire suivre le traitement ordinaire du diabète, mais la nutrition générale doit être surveillée encore avec plus de soin que dans les cas ordinaires. Le régime variera de manière à maintenir le malade dans un état favorable.

Les malades ne peuvent s'accommoder du traitement rigoureux du sanatorium et pour leur donner les bénéfices d'un traitement par l'aération continue, il faut choisir une exposition chaude et bien abritée.

Les autres complications pulmonaires, pneumonie, gangrène pulmonaire, ne présentent pas d'indications particulières chez le diabétique et doivent être traitées suivant les indications générales.

L. JUMON.

Le cœur dans ses rapports avec le diabète, par sir LAUDER BRUNTON (*The Practitioner*, juillet 1907). — La plupart des auteurs ont passé sous silence les lésions cardiaques chez les diabétiques; les notions les plus précises sur ce sujet sont dues à V. Noorden. Mais il est probable que dans beaucoup de cas les lésions cardiaques constatées chez les diabétiques étaient dues à la goutte ou à quelque autre complication, plutôt qu'au diabète même. Dans quelques

cas, on a noté l'atrophie, l'infiltration graisseuse et la dilatation, mais l'atrophie s'observe le plus souvent chez les diabétiques dont la nutrition est gravement atteinte, notamment chez ceux qui sont atteints de tuberculose. La lésion graisseuse dépend souvent de la sclérose des artères coronaires. L'hypertrophie cardiaque a été trouvée surtout chez ceux qui étaient atteints de lésions rénales.

L'endocardite avec des lésions valvulaires ne semble pas plus fréquente chez les diabétiques que chez d'autres malades. Dans les lésions mitrales chez les diabétiques, l'hydropisie est moins commune que chez d'autres, probablement parce que le sucre agit comme diurétique.

C'est surtout chez les diabétiques jeunes que le myocarde et les nerfs présentent une tendance à des altérations nutritives, d'où des troubles fonctionnels. Les lésions athéromateuses des artères semblent survenir aussi plus rapidement, surtout du côté des coronaires.

Les affections cardiaques dans le diabète étant surtout à craindre chez les sujets jeunes, le point important est de diminuer le sucre du sang par un régime approprié. La polyurie entraîne encore chez le diabétique un appauvrissement de l'organisme en matières minérales, surtout en sels de calcium, qui ont une action importante dans la nutrition du myocarde. Il ne faut donc pas omettre d'administrer du phosphate ou du lacto-phosphate de calcium, dans tout cas de tachycardie, palpitation, faiblesse cardiaque et dilatation survenant chez les sujets dont le diabète n'est pas compliqué de goutte. En pareil cas, on prescrira un régime azoté avec un minimum d'hydrate de carbone. Les toniques cardiaques, comme la digitale et le strophantus, la codéine ou la morphine, qui tendent à diminuer la production du sucre, peuvent être très utiles.

Dans les cas de glycosurie goutteuse, le régime est plus difficile à instituer parce qu'il faut éviter les hydrates de carbone d'une part et restreindre les aliments albuminoïdes à cause de l'insuffisance rénale et même les graisses qui tendent à accroître l'acétonurie. C'est alors qu'on peut recourir au lait et à des aliments albuminoïdes aussi dépourvus que possible de purines.

Schott s'oppose à l'emploi de la digitale dans les cas de cardiopathie chez les diabétiques, tandis que V. Noorden en reconnaît l'utilité. La raison de cette différence de vue réside sans doute dans la distinction à faire des cas de glycosurie goutteuse avec hypertrophie du cœur ou tension artérielle élevée. Ici on s'adressera plutôt aux nitrites ou encore au salicylate et aux dérivés salicylés.

L. Jumon.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,
Chef de clinique de la Faculté de médecine.

De l'éducation inhibitoire comme méthode infaillible de guérison des crises d'hystérie, par Bernheim (*Revue méd. de l'Est*, 1er juillet 1907). — La crise d'hystérie peut toujours être supprimée par l'éducation inhibitoire du sujet, elle peut ainsi être détachée de l'ensemble du syndrome morbide qui persiste (mélancolie, neurasthénie, etc.), rebelle à la suggestion, si elle est due à une cause organique, infectieuse ou cytotoxique. La diathèse hystérique existant seule guérit par l'éducation suggestive inhibitoire.

L'auteur commence par provoquer une crise en agissant sur les zones hystérogènes; la crise une fois déchaînée peut être inhibée par simple affirmation, à laquelle on peut ajouter quelques manipulations, déraidir les membres contracturés, desserrer doucement les dents, suggérer en détail la disparition de chaque symptôme. Quand on est arrivé à provoquer une crise et à l'inhiber à volonté, on peut assurer au malade qu'on l'empêchera d'avoir de nouvelles crises et on le lui démontre en pressant sur une zone, sans que la crise survienne. Le sujet peut avoir une certaine douleur, une anxiété, un commencement de crise, mais une parole suggestive l'empêchera d'aboutir. Le sujet constate avec étonnement que la crise ne vient pas; il a pleine confiance.

Une seule séance suffit souvent à la guérison.

L'auteur continue habituellement les jours suivants en pressant les zones hystérogènes et démontre que rien ne vient. Cette éducation inhibitoire continuée ainsi pendant quelques jours réussit, dans l'immense majorité des cas, à guérir radicalement et pour toujours la diathèse hystérique.

Dans certains cas rares, cependant, cette suggestion directe pour inhiber les crises et guérir la diathèse reste inefficace, par suite de la facilité avec laquelle les crises éclatent. Dans ces cas, l'auteur procède autrement. Il évite de provoquer une crise et cherche à calmer son émotivité et lui insinue doucement que cela se passera tout seul dans peu de temps, qu'il n'aura plus peur d'avoir une crise et qu'aucune émotion ne lui en donnera. Il procède par persuasion et fait passer dans son cerveau la conviction qu'il pourra maîtriser sa crise.

A l'hôpital, les élèves ne doivent pas s'arrêter devant son lit, ne pas s'en occuper (suggestion négative); quand au bout de quelques jours l'émotivité est calmée, l'auteur affronte les zones hystérogènes et démontre au sujet qu'on ne peut plus lui suggérer de crises.

M. Bernheim relate quelques observations où le procédé de suggestion négative avec simple persuasion a réussi alors que la suggestion directe avait échoué.

L. Jumon.

Cas de tic douloureux traité par l'injection d'acide osmique, par Homer Dupuy (*New-Orl. med. and surg. J.*, juillet 1907). — Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans, atteinte depuis six ans d'un tic douloureux facial de tout le côté gauche. Chaque année les attaques revenaient durant trois ou quatre mois, avec des interruptions de courte durée. La santé générale était gravement atteinte. Les paroxysmes étaient insupportables. Souvent la malade recourait à la morphine. Presque toutes les dents avaient été successivement arrachées. Pendant les attaques, il survenait une éruption sur la région douloureuse.

L'auteur essaya les injections d'acide osmique qui lui avaient donné déjà de très beaux résultats dans des cas de névralgie limitée aux nerfs sus et sous-orbitaire. La malade étant endormie par l'éther, on mit à nu les deux branches du nerf dentaire et le palatin postérieur, puis on injecta dans chaque tronc nerveux III à IV gouttes d'une solution à 3 p. 100 d'acide osmique et IV à V gouttes dans chaque trou. La malade fut complètement débarrassée de ses douleurs immédiatement après l'opération.

L. Jumon.

Symptômes nerveux associés à la glycosurie, par James Taylor (*The Practitioner*, juillet 1907). — L'intervention du système nerveux dans la glycosurie permet de se rendre compte que les troubles nerveux doivent être fréquents dans le diabète. La névralgie est un des symptômes le plus souvent associés à la glycosurie. Elle atteint surtout les membres inférieurs, mais elle peut siéger aussi dans les membres supérieurs et la cinquième paire.

Dans quelques cas, la douleur est le résultat d'une névrite siégeant sur un nerf sensible. Les névrites atteignent aussi les nerfs moteurs et sans doute même les vasomoteurs comme dans les cas de gangrène.

Les diabétiques présentent parfois dse troubles médullaires : crises tabétiques, ataxie, douleurs fulgurantes, Argyll-Robertson.

On peut observer les symptômes nerveux spéciaux, de la surdité, du vertige auriculaire en connexion avec otite moyenne. Enfin les symptomes psychiques ne sont pas rares.

Le traitement de ces différents états doit être subordonné au traitement de la maladie principale en suivant les médications particulières qui se présentent. Les douleurs névralgiques peuvent être traitées par la phénacétine, l'aspirine, etc. On peut également recourir à l'opium comme pour la maladie principale. L'ataxie sera traitée de préférence par le repos, le massage et l'emploi d'exercices destinés à rétablir la coordination. Dans les cas d'atrophie musculaire, le massage, le courant constant doivent être recommandés comme dans toute autre forme de névrite périphérique. Les symptômes psychiques sont plus difficiles à influencer, et c'est plutôt en agissant sur l'état général qu'on peut les améliorer.

L. Jumon.

Cas rebelle de coccygodynie, traité et guéri par des injections d'alcool à 60°, par M. De Vésian (*Revue prat. de gyn., d'obst. et de péd.*, 15 juillet 1907). — On tend à considérer la coccygodynie comme une véritable névralgie. Elle est d'ailleurs souvent secondaire, en général, à des lésions de l'appareil génital ou à un traumatisme intéressant le coccyx.

La symptomatologie est très simple. C'est une douleur limitée au coccyx ou à son voisinage immédiat, réveillée par les mouvements et par la pression directe, les efforts de toute sorte.

L'affection est particulièrement longue

et rebelle, au point que les gynécologues ont été conduits à pratiquer la résection du coccyx.

Pozzi a préconisé les injections hypodermiques de cocaïne à 1 centigramme, les injections de morphine, les suppositoires belladonés. Græfe a conseillé la faradisation. Mais le plus souvent il faut recourir au traitement chirurgical contre les cas invétérés. L'auteur dans un cas de coccygodynie rebelle a eu recours à ces divers traitements, mais sans grand résultat. C'est alors qu'avant de proposer à la malade l'extirpation du coccyx, partant de ce principe que cette affection est une véritable névralgie, l'auteur pratiqua des injections d'alcool a 60°, suivant la méthode de Pitres et Verger dans le traitement des névralgies faciales. Une aiguille à seringue de Roux, stérilisée, fut enfoncée dans la masse musculaire parallèlement à l'index gauche introduit dans le rectum et à 3 centimètres environ en arrière de l'anus. Un léger mouvement de bascule lui fit sauter le sommet du coccyx pour aborder la face antérieure. Une injection de 2 centimètres cubes d'alcool fut alors faite dans tous les sens. Sur la face postérieure du coccyx, l'aiguille fut introduite perpendiculairement à la surface osseuse et 1 ou 2 centimètres cubes furent injectés. L'injection assez douloureuse ne fut suivie d'aucune réaction inflammatoire. Depuis lors là malade n'éprouva plus aucune douleur.

L. Jumon.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

Remarques sur la résection sous-muqueuse de la cloison nasale, par M. Hurd (de New-York) (*Arch. intern. laryng.*, mai 1907). — Sur les 75 cas opérés il y avait trois fois plus d'hommes que de femmes; quant à l'âge, il y en avait un de dix ans, cinq au-dessous de quinze ans et le plus âgé avait soixante-quatre ans. La déviation était plus fréquente d'un tiers à gauche qu'à droite, le traumatisme n'était nettement accusé que dans six cas et il était vague dans 33 p. 100 des cas.

Sept malades avaient déjà été opérés soit à la scie, soit par le procédé d'Asch; trois présentaient une perforation qui n'entraînait aucun inconvénient; une fillette de quatorze ans vit, après l'intervention, disparaître son goitre exophtalmique.

Toutes les malformations de la cloison nécessitant une ablation de tissu doivent être faites par la méthode sous-muqueuse. Les contre-indications à l'opération sont : la rhinite aiguë, la fièvre des foins, une syphilis active, le diabète et la tuberculose avancés.

L'incision de la muqueuse est curviligne à convexité antérieure, elle passe juste en avant de la déviation et part du plancher de la fosse nasale pour se diriger en haut dans l'étendue de 2 cent. 5. Le périchondre est soulevé dans une petite étendue : à l'aide de l'extrémité tranchante du releveur on rugine, puis on se sert de l'autre extrémité de l'instrument qui est mousse et en cuivre et par conséquent adaptable à la déformation. Parfois on ne peut décoller la muqueuse derrière une saillie angulaire du cartilage; il faut enlever celui-ci avant d'aller plus en arrière.

Avec une curette osseuse on perfore le cartilage pour atteindre la face concave et détacher la muqueuse qui la recouvre. A l'aide de la partie tranchante du releveur, on taille une bandelette de cartilage de 4 millimètres de large sur 13 à 15 millimètres de long.

Après avoir ainsi détaché le périchondre et le périoste de la déviation sur les deux faces, on enlève le cartilage soit avec les pinces de l'auteur, soit avec le bistouri de Ballenger.

L'auteur introduit alors son spéculum qui a une valve supérieure longue et une inférieure courte, de façon que la valve longue reste toujours en haut; on fracture, avec la pince à cartilage la déviation osseuse de chaque côté de l'articulation ethmoïdo-vomérienne.

S'il existe une partie d'os ou de cartilage qui ne soit pas dans le plan médian, on l'enlève; il ne reste plus alors, après avoir lavé la poche formée par les deux muqueuses décollées, qu'à les appliquer l'une contre l'autre et à tamponner les deux fosses nasales avec de la gaze et à appliquer un redresseur en caoutchouc durci qui permet aux malades de respirer librement. On peut observer, comme complication, un hématome dans les parties de la muqueuse qui ne sont pas comprimées; pour

l'éviter, il faut laisser en place le tampon du côté convexe pendant deux jours au lieu de douze heures.

La première nuit qui suit l'opération, il survient un suintement très abondant de liquide sanguinolent qui peut effrayer un malade impressionnable ; on observe aussi une tuméfaction réactionnelle qui dure de deux à trois semaines ; on emploiera de la pommade au menthol à 1 p. 100. Les résultats éloignés ont été bons dans tous les cas.

L'auteur est d'avis que le cartilage ne se régénère pas ; il se base sur l'examen de ses opérés, un ou deux ans après l'intervention, et il a toujours trouvé le septum flaccide au moindre toucher.

Le profil du nez n'a été modifié que dans un seul cas ; c'était chez un enfant de dix ans, qui a présenté une légère dépression juste au-dessous de l'os propre.

Les perforations opératoires de la cloison passent inaperçues pour le malade ; elles n'occasionnent donc aucun trouble.

A. Courtade.

Mucocèle ethmoïdale, par Compairé (*Arch. internat. de laryngol.*, mai 1907). — L'observation de l'auteur concerne un jeune homme de dix-neuf ans qui, cinq ans avant, avait reçu un fort coup sur le nez suivi de vertiges pendant plusieurs heures et hémorragie abondante. A partir de ce moment, la racine du nez était sensible à la pression et il survint une obstruction nasale droite de plus en plus complète ; moins d'un an après, la fosse nasale gauche s'obstruait et était le siège d'une gêne constante.

Depuis un mois est apparue à la racine du nez une petite grosseur, indolore, mais dont le volume augmente graduellement. Cette tumeur rénitente n'est ni mobile, ni dépressible et occupe le siège de l'os propre du nez droit avec des irradiations.

Par la rhinoscopie antérieure, on voit, à droite, une tumeur ronde, lisse, remplissant toute la fosse nasale, sauf une petite portion du méat inférieur ; sa muqueuse est de couleur normale ; au contact du stylet, elle donne une sensation de dureté fibreuse. A gauche on trouve une tumeur de même apparence, mais qui se limite au méat moyen. Ces tumeurs ne se prolongent pas dans le pharynx. Les sinus frontaux et maxillaires ont leur transparence normale.

L'auteur pensait avoir affaire à un fibro-sarcome et il proposa une intervention sérieuse avec chloroformisation, qui fut acceptée.

Incision de la peau commençant à la tête du sourcil et se dirigeant vers la pointe du nez ; la tumeur extérieure qui avait perforé l'os propre du nez droit est mise à nu ; à l'aide de forts ciseaux droits, l'os propre est détaché de ses connexions avec son congénère et avec le frontal, puis récliné en dehors. La tumeur externe est saisie et tirée pour essayer de la détacher de la région ethmoïdale, mais elle se rompt au niveau de sa connexion avec la tumeur nasale et il s'échappe un liquide épais, gélatineux, colloïde : il ne reste plus qu'une poche d'aspect fibreux. Le diagnostic de fibro-sarcome se transformait en mucocèle ethmoïdale.

Toute la bourse kystique put être extirpée avec une facilité relative, de la région ethmoïdale des deux fosses nasales.

Les cavités sont tamponnées avec de la gaze iodoformée dont une extrémité sort par les narines ; le lambeau ostéo-périostique dermique est suturé ; la réunion immédiate réussit parfaitement et il n'en résulta qu'une légère cicatrice.

A. Courtade.

Sinusite maxillaire consécutive à une ethmoïdite. Opération par le procédé de Claoué. Guérison, par Bosella (*Arch. intern. laryng.*, mai 1907). — Un malade de trente-quatre ans présentait depuis sept mois les symptômes suivants : écoulement constant de pus fétide par la narine droite, douleurs irradiant dans toute la tête ; de temps en temps gonflement de la paupière inférieure. A l'examen, on constate l'existence de masses polypoïdes dans le méat moyen qui est rempli de pus crémeux ; l'éclairage buccal décèle l'opacité de la région sous-palpébrable droite ; la pupille de ce côté n'est pas éclairée ; le diagnostic de sinusite maxillaire droite n'était pas douteux. L'auteur pratiqua l'opération préconisée par Claoué : dans la première séance, après injection sous-muqueuse de la solution de cocaïne-adrénaline, il fit la ponction du sinus, à travers le méat inférieur avec le trocart de Lichtwitz et par le lavage fit sortir du pus épais. Il enleva les polypes du méat moyen et réséqua le cornet moyen ; avec la curette de Grunwald il curette le labyrinthe ethmoïdal et enlève du pus caséeux et des trabécules osseuses cariées ; application d'une solution de chlorure de

zinc au 1/10e et tamponnement à la gaze iodoformée.

La deuxième intervention est pratiquée quelques semaines après. Après anesthésie locale : résection de la moitié antérieure du cornet inférieur ; avec la gouge on agrandit l'orifice fait par le trocart dans le méat inférieur de façon que l'ouverture arrive jusqu'au plancher de la fosse nasale ; la cavité du sinus est grattée avec des curettes coudées, on fait un lavage avec la solution physiologique, puis attouchement avec la solution de chlorure de zinc et tamponnement à la gaze iodoformée.

La guérison a été obtenue en trente-cinq jours.

A. Courtade.

Sarcome du naso-pharynx ; traitement par les injections d'adrénaline, par E. Rhodes (*Arch. intern. de laryng.*, mai 1907). — Le pronostic du sarcome du naso-pharynx est si mauvais qu'on ne saurait trop s'appliquer à rechercher un traitement palliatif. C'est ainsi que l'auteur a employé dans un cas, les applications d'adrénaline, préconisées par Mahu en 1903.

Il s'agit d'une femme de vingt-deux ans à qui on avait enlevé, cinq ans avant, une tumeur du fond de la gorge, tumeur qui avait débuté sept ans avant l'opération. La malade fut bien pendant quatre ans, mais apparurent alors du coryza, de la toux et la tumeur qui prit un accroissement très rapide jusqu'au moment où l'auteur examina la malade. A ce moment on pouvait constater la présence d'une grosse tumeur dans le fond de la gorge, tumeur qui provoquait de l'obstruction complète des fosses nasales, une surdité progressive, de violentes douleurs vers la nuque et un amaigrissement de 15 kilos en sept mois.

Les fosses nasales étaient libres ; la tumeur descendait jusqu'au vestibule du larynx et repoussait en avant le voile du palais ; par le toucher on pouvait reconnaître que le point d'implantation était dans le naso-pharynx. Cette tumeur était de couleur blanc rosé, parsemée de taches rouge vif, mais elle ne saignait pas facilement et elle n'était pas ulcérée.

L'examen microscopique d'une parcelle montre qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes avec de nombreux corpuscules lymphoïdes. L'auteur, craignant une récidive rapide après l'ablation, fit un traitement palliatif. Il fit tous les jours dans l'épaisseur de la tumeur, en passant par la fosse nasale, à l'aide d'une longue aiguille, des injections avec la solution suivante :

Chlorhydrate d'adrénaline.....	0 gr. 12
Acide borique.....	0 gr. 60
Chlorétone.....	0 gr. 0 25
Eau distillée.....	15 gr.

Dix divisions de la seringue égalent 4 milligr. de chlorhydrate d'adrénaline.

Le 25 janvier 1906, il injecte 5 divisions dans la portion pharyngienne de la tumeur ; le 27, dix divisions ; le lendemain, injection à travers la fosse nasale droite et le jour suivant à travers la gauche.

Le 30 janvier, la rétraction de la tumeur était notable et la surdité par compression avait presque disparu.

M. Rhodes fit ainsi 7 injections et renvoya la malade pour continuer le traitement chez elle ; les deux dernières injections avaient provoqué des vomissements.

Un confrère continua les injections au nombre de 7 ; la malade put arriver à se moucher du côté gauche, mais elle s'affaiblit de plus en plus et elle succomba le 15 mars.

A. Courtade.

Remarques sur l'otite moyenne purulente chronique, par H. Makiewicz (*La Revue médicale de Normandie*, 10 juillet 1907). — L'auteur insiste sur la durée exagérée de la plupart des otites moyennes purulentes, la négligence des malades à soigner leur otite jusqu'à guérison complète, l'efficacité du traitement rationnel.

Toute otite moyenne chronique soignée rationnellement doit guérir et guérit, dans les cas les plus simples en quinze jours ou un mois. La guérison sera plus longue en cas de complications, surtout si le malade n'accepte pas en temps voulu les petites interventions chirurgicales nécessaires pour hâter cette guérison ou les grandes opérations capables de détruire ces lésions.

Par traitement rationnel de l'otite moyenne purulente chronique, il faut entendre seulement un traitement fait sous le contrôle de la vue après un diagnostic exact des lésions de l'oreille moyenne et des complications. Ce traitement consiste toujours en :

1° Une désinfection convenable de l'oreille moyenne ;

2° Un bon drainage de cette oreille moyenne ;

3° L'emploi des moyens propres à combattre les diverses complications (rétention du pus, fongosités, polypes, carie, végétations adénoïdes, etc.);

4° La régénération de la muqueuse, ou au moins la transformation des lésions en tissu cicatriciel.

Le nettoyage de l'oreille se fait, sous le contrôle de la vue, avec des tampons d'ouate hydrophile stérilisée sèche montés sur de minces porte-coton. Exceptionnellement, bains d'eau oxygénée neutre à 12 volumes ou lavages à l'eau oxygénée très étendue, mais en les faisant suivre d'un assèchement minutieux de l'oreille moyenne et du conduit auditif.

L. Jumon.

Maladies vénériennes. Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE,
Médecin des hôpitaux.

Traitement de la syphilis, par Lesser (*Soc. de méd. interne de Berlin*, 10 juin 1907). — La découverte de Schaudinn permet d'élucider aujourd'hui la question de l'opportunité de l'excision de l'accident primaire, ainsi que celle du moment où l'on doit commencer le traitement spécifique. Ce dernier peut être actuellement commencé dès l'apparition du chancre initial, puisque la recherche du spirochète nous permet d'éviter toute erreur de diagnostic, et que la présence précoce dans le sang de l'organisme pathogène démontre que l'infection ne reste pas longtemps locale.

Le mercure semble détruire les spirochètes, et comme ceux-ci restent très longtemps dans l'économie, le traitement chronique intermittent de Fournier s'appuie aujourd'hui sur une base scientifique solide.

Le traitement par l'atoxyl, conséquence directe de la découverte de Schaudinn, a été expérimenté à la clinique de l'orateur sur 22 hommes et 6 femmes; dans 16 cas, on n'avait fait encore aucun traitement antisyphilitique. On fit des injections intramusculaires à la dose de 0,5 à 0,6 gramme chez les hommes, de 0,4 chez les femmes, tous les 2 jours, et plus tard tous les 3 jours. La quantité totale d'atoxyl injecté n'a jamais dépassé 6,2 grammes pour un sujet donné.

L'effet thérapeutique a toujours été rapide est net, mais on ne saurait aujourd'hui tirer une conclusion au sujet de la durée de l'action spécifique : dans 2 cas, la récidive apparut très rapidement.

Des troubles accessoires, concernant spécialement les fonctions digestives, furent enregistrés dans 15 cas: dans un cas, il y eut même une poussée congestive, passagère il est vrai, ayant intéressé le rein et la vessie.

Dans 5 cas de syphilis à évolution rapide, l'effet thérapeutique a été aussi marqué que si l'on avait injecté du calomel.

En résumé, la méthode nouvelle constitue une précieuse acquisition, mais elle exige une surveillance rigoureuse et une grande prudence.

E. Vogt.

Traitement de la syphilis par l'arsenic, par Rosenthal (*Soc. méd. de Berlin*, 3 juillet 1907). — L'orateur, à propos d'une discussion à la Société de médecine interne, avait émis l'opinion que l'action de l'atoxyl tenait surtout aux quantités élevées d'arsenic que l'on introduisait dans l'organisme : l'aniline ne joue sans doute aucun rôle dans les effets thérapeutiques obtenus.

Pour élucider la question, il a injecté à des doses progressivement croissantes de l'acide arsénieux à une série de syphilitiques ; les résultats ont été très encourageants. On commence par une division de la seringue de Pravaz d'une solution d'acide arsénieux à 2 p. 100 : tous les troisièmes jours on augmente d'une division, soit 2 milligrammes de principe actif. Dans un cas de syphilis très grave, avec sarcocèle, ulcérations cutanées profondes, gommes du pharynx et état général mauvais, il suffit de huit jours de traitement pour permettre au malade, alité, de reprendre ses occupations. On monta chez ce malade jusqu'à la dose d'une seringue de Pravaz par injection.

Onze syphilitiques ont été traités; on n'observa pas d'accidents dignes d'attention, et la tolérance pour le médicament n'a jamais fait défaut.

E. Vogt.

L'atoxyl dans la paralysie générale, par Spielmeyer (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1er juillet 1907). — L'auteur injecte, depuis 1903, de l'atoxyl aux paralytiques généraux, dans le but de combattre les états asthé-

niques et la tendance aux phlegmons et furoncles : il injectait, au début, des doses de 0,20 grammes tous les deux jours. Les dix malades ainsi traités furent rapidement améliorés, sans que l'affection principale parût influencée : le processus morbide des centres nerveux continua à se développer comme chez les sujets non traités.

Dans ces derniers temps, le traitement par l'atoxyl a été appliqué à six malades à des doses allant jusqu'à 0,36 grammes, dans le but d'influencer la périencéphalite elle-même. Les résultats n'ont pas infirmé ceux obtenus au cours des premiers essais : il est vrai que les doses n'ont pas dépassé 0,36 grammes, alors que d'autres auteurs (Salmon, etc.) préconisent une intervention plus énergique.

E. Vogt.

Le traitement du bubon par les rayons X, par Lassueur (*Arch. d'électr. médicale*, 25 juin 1907). — L'auteur dispose de 13 observations qui lui ont permis de constater que quand l'adénopathie inguinale est encore froide et indolore, l'expectative suffit.

Mais si l'adénopathie est déjà douloureuse, que la peau est rouge ou commence à rougir, il y a lieu d'intervenir en faisant absorber au bubon en une séance 5 H (plutôt moins que plus), rayons n°s 6 à 7. Trois à six jours après, toute trace d'inflammation a disparu, la peau est de couleur normale, les glandes ont déjà diminué de volume. Dix jours après environ, les malades (au nombre de 10) étaient guéris.

Si le bubon présente une fluctuation manifeste, l'auteur ponctionne au niveau de la collection purulente et fait immédiatement après une séance de rayons X, 5 H, n°s 6 à 7. L'infiltration périphérique et les ganglions diminuent rapidement de volume les jours suivants. La douleur disparaît. Quinze jours après, 3 malades sur 4 étaient guéris. Le quatrième présentait encore à ce moment-là une petite ulcération chancreuse, avec suintement séro-purulent, développée à l'endroit de la ponction. Une deuxième dose de 4 H l'a rapidement guéri.

Si le bubon a crevé, fistule, et présente les signes de la chancrellisation, il faut faire absorber 4 H, rayons n°s 5 à 6. La suppuration a tari après six jours dans un cas et neuf jours dans l'autre. L'orifice de la fistule, qui présentait dans ces deux cas l'aspect d'une vaste ulcération chancreuse, a été traité comme un chancre simple par des applications d'iodoforme cristallisé, désodorisé. La cicatrisation a été obtenue en quatorze jours dans un cas et vingt et un jours dans l'autre.

Les 16 malades ont continué à travailler pendant le traitement.

E. Vogt.

Traitement du prurit, par J. Buquoi (*New-Orleans med. and surg. J.*, juillet 1907). — Avant de commencer à traiter un cas de prurit, il faut en rechercher la cause pour y remédier. On la cherchera surtout dans l'état général, dans le système nerveux, l'état des voies digestives. Certains médicaments, certains aliments déterminent de l'irritation cutanée.

L'usage des sédatifs à l'intérieur pour combattre le prurit doit être condamné. Les narcotiques soulagent temporairement, mais relâchent la peau et aggravent la maladie. Les bromures et même le chloral peuvent être donnés dans les cas extrêmes, mais en se rappelant que leur action est temporaire.

Les laxatifs et l'ingestion abondante d'eau pure ne sauraient être trop recommandés ; de même que les diaphorétiques, les diurétiques sont souvent des adjuvants très utiles pour éliminer les toxines qui causent le prurit. Ils agissent en drainant les vaisseaux cutanés et peut-être par action réflexe en dérivant l'irritation. On peut employer avec avantage la pilocarpine et le jaborandi. D'après Montgomery, la quinine et le chlorure de calcium à fortes doses calment parfois le prurit chez les enfants.

Les indications du traitement local sont de protéger la peau contre les causes d'irritation et de calmer des démangeaisons pénibles. Les vêtements sont de la première importance. Le sujet doit porter du coton, du lin ou de la soie sur la peau et non de la laine. Encore emploiera-t-on une poudre fine sur la peau afin de diminuer les frottements. Les vêtements doivent être suffisants pour protéger le corps contre les changements subits.

Les bains chauds, à moins d'indications particulières, et l'usage excessif du savon rendent la peau trop sensible. Le son, la farine d'avoine et les bains alcalins sont indiqués. Lorsque la peau est dépourvue d'excoriations, des douches alternativement chaudes et froides rendent le ton et la vigueur à la peau. Pour quelques formes de prurit localisé, les bains très chauds,

additionnés d'un peu de bicarbonate de soude ou de borax, peuvent être très utiles.

Il faut surtout essayer de calmer le grattage qui est une cause de grave irritation et qui amène une dermatite. Il n'est pas suffisant de dire au malade de ne pas se gratter, il faut protéger la peau par des pansements et calmer la démangeaison par des antiprurigineux.

Parmi ces derniers, l'acide phénique tient la première place. On peut se servir de lotions de 1 à 5 p. 100. En pommade, on peut porter le taux de l'acide phénique à 25 p. 100. L'addition de l'alcool dans les solutions aqueuses accroît l'effet de l'acide phénique et le rend moins toxique. On peut encore se servir d'acide salicylique, de menthol, de camphre, de thymol, créosote, chloral et chloroforme à des taux variant de 1 à 5 p. 100 en lotions, huiles et liniments. On peut encore citer l'ichthyol, la résorcine, le bichlorure de mercure, l'eau oxygénée.

Contre le prurit ano-génital l'auteur recommande les bains alcalins chauds le soir, les applications d'huile de cade, de liqueur de goudron ; contre le prurit vulvaire, les lotions de guimauve, d'eau de riz, l'infusion de tabac. Dans le prurit hivernal, Hyde indique les onguents émollients, les bains alcalins et surtout les poudres.

L. Jumon.

Maladies des voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Traitement sec de la blennorragie, par Zeuner (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 24 juin 1907). — L'auteur, au moyen d'un insufflateur spécial, introduit dans l'urètre du xéroforme, dont l'action siccative, calmante et antihémorragique est due à la décomposition du topique ; celle-ci donne naissance à du tribromophénol. La sécrétion est rapidement enrayée.

En cas de blennorragie aiguë, on prescrira quatre insufflations par jour, après miction préalable ; dans les cas chroniques, deux insufflations suffisent.

Ce traitement donne aussi d'excellents résultats dans la vulvo-vaginite infantile.

E. Vogt.

Greffe uretérale (*Soc. de ch.*, 17 juillet 1907). — Nous signalions récemment les résultats précaires donnés par l'abouchement des uretères dans l'intestin. Un nouveau cas cité par M. Schwartz n'est pas pour modifier cette opinion. Il a du moins l'excuse d'avoir été appliqué à un cas où il demeurait, ou peu s'en faut, la seule ressource. Il s'agissait d'un cancer utérin propagé à la vessie. Ces deux organes voisins durent être enlevés en totalité. Les deux uretères furent ensuite implantés dans la partie supérieure du rectum, de manière à faire saillie à l'intérieur de la muqueuse et à former barrière contre l'infection ascendante. Le malade ne résista pas à l'intervention ; l'abouchement fonctionna bien pendant les deux jours de survie.

Plus heureux sont les résultats de l'abouchement de ces conduits dans la vessie, après leur section. M. Ricard a usé d'un procédé très simple qui lui a donné deux succès. Après avoir fendu latéralement l'extrémité de l'uretère, il la retourne en doigt de gant, muqueuse en dehors ; puis il la fixe dans une boutonnière vésicale par des fils unissant les *musculeuses* de la vessie et de l'uretère. Ensuite, il enfouit la portion terminale de l'uretère dans une sorte de canal constitué par la *paroi externe* de la vessie, maintenue par une autre série appropriée de points musculo-musculeux.

M. Tuffier pense également que la plupart des abouchements uretéraux anormaux, dans des cas de cancer propagé à la vessie, ne donnent que de mauvais résultats et il a préféré y renoncer.

A. Benoît.

Nouvelle théorie des accidents causés par le rein mobile, par Lucas-Championnière (*Journal de médecine*, 25 juin 1907). — Les accidents provoqués par le rein mobile ne sont dus ni à l'entéroptose, ni à la rétention rénale résultant du coude de l'uretère : l'hydronéphrose n'a aucun rapport avec le déplacement du rein.

Les divers accidents observés sont les suivants : douleurs, vomissements, entérocolite, affaiblissement général, excitabilité nerveuse, neurasthénie : on a même observé des cas de folie (Suckling). Ces troubles

sont d'ordre nerveux et sont dus aux tiraillements qu'exerce le rein mobile sur les capsules surrénales restées fixées à leur place; les capsules surrénales étant des organes d'une extrême richesse en éléments nerveux et en connexion avec un plexus nerveux très important, on s'explique aisément comment les tiraillements exercés sur elles peuvent provoquer des troubles réflexes aussi complexes.

Ce qui justifie cette théorie, c'est l'efficacité de la néphropexie qui, en faisant cesser ces tiraillements, met en même temps fin à tous ces accidents; Suckling a vu vingt et une néphropexies faites pour des cas de folie, suivies d'un état apparent de guérison parfaite.

Au point de vue du manuel opératoire, l'auteur recommande d'aviver le rein et de le fixer par trois fils doubles de gros catgut passés dans le parenchyme rénal, au niveau du pôle inférieur; ces anses sont nouées, le plus haut possible, dans les parties musculo-fibreuses voisines; il est utile de drainer pour éviter l'hématome.

Cette nouvelle théorie est bien faite pour rhéabiliter la néphropexie opératoire un peu calomniée pendant ces dernières années.

M. Deschamps.

La sensibilité du testicule à la pression dans la colique néphrétique, par Bittorf (*Münch. med. Woch.*, 4 juin 1907). — On sait que les douleurs rénales dans la colique néphrétique s'irradient vers le testicule. Inversement, l'auteur a remarqué que la pression du testicule, du côté malade, est douloureuse, et que cette douleur s'irradie vers le rein lithiasique en provoquant, à son niveau, une réaction assez vive. Lorsque la crise est passée, la pression du testicule ne peut reproduire cette irradiation.

Chez la femme, la même irradiation douloureuse ascendante se produit si on comprime l'ovaire.

Ce symptôme est dû, sans doute, à l'irritation du plexus spermatique, lequel émerge du plexus rénal. En clinique, il peut avoir une grande valeur, au point de vue du diagnostic, avec la colique hépatique ou une affection intestinale.

M. Deschamps.

Méthode conservatrice dans les contusions rénales, par Marcille (*Tribune médicale*, 29 juin 1907). — L'auteur ayant eu l'occasion de traiter chirurgicalement une rupture complète du rein par la suture et ayant pu constater deux mois après l'opération que ce rein avait conservé une valeur fonctionnelle notable, conclut que le devoir du chirurgien est de chercher à conserver le rein déchiré toutes les fois qu'il lui sera possible.

Mais comme il est souvent très difficile de pratiquer des sutures assurant l'hémostase à cause de la friabilité du tissu rénal traumatisé, il propose d'appliquer le procédé suivant qu'il a employé avec succès dans des ruptures expérimentales du rein pratiquées sur des chiens.

Ce procédé consiste à envelopper le rein tout entier dans un filet de catgut en forme de nasse à grand axe vertical. Ce filet est préparé avant l'opération de la façon suivante. On prend un écheveau de 10 à 12 brins de catgut de 20 centimètres de long chacun : on les noue tous ensemble à leur extrémité supérieure, puis, à un tiers de leur longueur au-dessous de ce neud, on les noue deux à deux, cette première série de nœuds devant se trouver sur la même parallèle et former la limite inférieure de la première rangée de mailles du filet. Ensuite on fait une deuxième rangée de mailles en nouant de nouveau deux à deux les brins de catgut à 7 centimètres au-dessous environ de la première rangée de nœuds, mais cette fois ce ne sont plus les mêmes brins qui sont noués ensemble, ce sont deux brins appartenant à deux groupes voisins: ainsi, si on a noué la première fois les brins 1 avec 2, 3 avec 4, 5 avec 6, etc..., cette fois on noue ensemble les brins 2 avec 3, 4 avec 5, 6 avec 7, etc. On a ainsi une nasse dans laquelle on place le rein, le premier nœud en faisceau coiffant le pôle supérieur, puis on lie enfin tous les fils ensemble en faisceau au niveau du pôle inférieur du rein, comme on lierait une gerbe de blé. Ce lien est placé de telle façon que le rein se trouve bien conservé, bien comprimé dans son filet, afin d'assurer l'hémostase.

M. Deschamps.

Traitement de la maladie de Bright chronique (*Bull. gén. de thérapeutique*, 15 juillet 1907). — Le Dr Robin estime qu'il n'y a pas de traitement type de cette affection : chaque brightique réclame un régime et une thérapeutique qui lui soient

personnels. Donc, pour fixer le régime d'un malade, il faut commencer par des essais préalables : l'auteur débute par le régime lacté absolu (3 litres de 7 h. du matin à 10 h. du soir). Ce régime sera supprimé quand l'albumine, après avoir diminué, demeure stationnaire ou augmente, quand il provoque des troubles gastro-intestinaux : on le remplacera pendant huit jours par le régime lacto-végétarien, et si l'albumine augmente ou reste stationnaire, on essaie le régime mixte lacto-végéto-animal. On arrive ainsi à connaître le régime type qui convient à chaque malade. L'auteur pose les règles suivantes :

1° Les régimes lacté absolu, lacto-végétarien, lacto-végéto-animal donnent moins d'albumine que les régimes sans lait ;

2° L'albuminurie augmente quand l'on substitue le vin ou simplement l'eau rougie au *lait* ;

3° L'alimentation où figurent les œufs donne moins d'albumine que celle où entre la viande ;

4° Un régime composé d'œufs et de lait donne souvent moins d'albumine que le régime lacté absolu ;

5° Parmi les viandes, le veau et le bœuf donnent moins d'albumine que le poulet et le mouton ;

6° Le poisson est recommandable sous certaines conditions : il est probable que les divergences des auteurs, à cet égard, tiennent au degré de fraîcheur et à la qualité du poisson ingéré.

7° Parmi les végétaux, les pommes de terre, le riz, les carottes, sont ceux qui donnent le moins d'albuminurie.

8° Il est rare que l'addition de pain à un régime présente un inconvénient.

Comme médication, la méthode de Bartels (bains chauds) est excellente si on l'applique avec prudence.

La teinture de cantharides, à la dose d'une goutte dans quatre cuillerées à soupe d'eau (une cuillerée toutes les 6 heures), exerce une réelle action stimulante sur le rein.

Pour traiter les lésions elles-mêmes, le mieux est de marcher par étapes. Les quinze premiers jours, on donnera :

Lactate de strontium...	40 gr.
Eau distillée.....	600 gr.

On commencera par trois cuillerées à soupe par jour, avant les repas, pendant deux jours, puis quatre cuillerées, puis cinq, toujours pendant deux jours, et à partir du septième jour, six cuillerées.

Les quinze jours suivants, on donne, avant le déjeuner et le dîner, 0,50 grammes d'acide tannique.

S'il y a tendance à la constipation, on donnera de préférence les pilules suivantes :

Acide tannique.....	0,10 gr.
Aloès du Cap.....	0,01 à 0,03 gr.
Calomel à la vapeur.....	0,01 gr.
Extrait de quinquina....	0,10 gr.

Trois pilules par jour avant le repas.

Les quinze jours suivants, on donnera :

Acétate de potasse.....	4 à 5 gr.
Eau de fenouil.....	120 gr.
Sirop des cinq racines....	30 gr.

A prendre par cuillerées à soupe pendant les vingt-quatre heures.

Les quinze jours suivants, on donne la teinture de cantharides (v. plus haut).

Enfin, pendant huit jours, opothérapie rénale (méthode de Renaut de Lyon).

Chez les sujets anémiés, on peut donner deux pilules de 0,10 gramme de perchlorure de fer par jour, avant le repas.

En dehors des cas, où les œdèmes résistent au traitement, l'auteur n'est pas partisan de la déchloruration, qui peut, dans certains cas, favoriser les accidents urémiques.

La théobromine à la dose de 1,50 gramme, à prendre en trois fois, le matin, à une heure d'intervalle, ou mieux la santhéose, agissent sur les œdèmes d'une façon très nette.

Le prurit des membres inférieurs sera calmé par la méthode suivante :

Silicate de soude.....	10 gr.
Eau distillée.....	un litre.

Faire des lotions, laisser sécher, puis saupoudrer avec :

Amidon	60 gr.
Oxyde de zinc.....	16 gr.
Camphre.....	2 gr.

Us. ext.

Avant d'envoyer un brightique dans une station thermale (Saint-Nectaire, Evian, Brides, etc.), il est bon d'essayer à domicile ces eaux.

E. Vogt.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Association française de chirurgie (XXe Congrès, 7-12 octobre 1907). — Le XXe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 7 octobre 1907) sous la présidence de M. le professeur Paul Berger, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° Influence des rayons de Rœntgen sur les tumeurs malignes. Rapporteurs : MM. Béclère, de Paris, et Maunoury, de Chartres.

2° Des transplantations nerveuses, musculaires et tendineuses dans le traitement des paralysies. Rapporteurs : MM. Kirmisson, de Paris, et Gaudier, de Lille.

3° Des affections chirurgicales chroniques (tuberculose et cancer) dans leurs relations avec les accidents du travail. Rapporteurs : MM. Segond, de Paris, et Jeanbrau, de Montpellier.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 30 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications à M. Walther, secrétaire général, 68, rue de Bellechasse, à Paris.

Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie, d'objets de pansement, électricité médicale, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

Mort d'un forain omnivore. — Un solide forain de trente-neuf ans, nommé Ferdinand Iby, dont la spécialité consistait à manger tout ce qu'on lui offrait, était en traitement à l'hôpital Necker, où le professeur Berger, à la suite d'une laparotomie, lui avait extrait de l'estomac un crochet à bottines, des pointes de charpentier, deux chaînes d'acier, cent trente-neuf petits clous, un nombre incalculable d'épingles, enfin plus de 320 grammes d'objets divers et hétérogènes. Ce malheureux a succombé aux suites d'une péritonite.

Élections à la Faculté de médecine. — Le Congrès des professeurs de la Faculté de médecine, dans sa séance tenue le 4 juillet, a dressé les listes de présentation des candidats aux chaires déclarées vacantes dans l'ordre suivant (votants : 33.

Chaire de clinique d'accouchements. — 1re ligne : M. Bar, 18 voix. — 2e ligne : M. Ribemont-Dessaignes, 14 voix. — 1 bulletin blanc.

Chaire d'opérations et d'appareils. — 1re ligne. M. Quénu, à l'unanimité. — 2e ligne : M. Schwartz, à l'unanimité.

Chaire d'histologie. — Après 2 tours de scrutin : 1re ligne : M. Prenant, 18 voix. — 2e ligne, M. Launois, 14 voix.

La responsabilité des médecins. — Pour la première fois un médecin vient d'être déféré à la justice en raison de l'inopportunité prétendue du traitement qu'il a prescrit à un malade et des conséquences fâcheuses qui peuvent en résulter. Voici les faits :

Mlle P..., de Paris, était atteinte d'appendicite. Le Dr C..., appelé, prescrivit des applications de glace, qui furent faites directement sur la peau. Au bout de vingt-cinq jours, la malade fut guérie, mais il se produisit une escarre qui, d'après le professeur Triboulet, occasionnera une déformation perpétuelle. La mère de la jeune fille a déposé une plainte contre le Dr C... Le Dr Balthazard, désigné comme expert, a déclaré :

1° Que l'appendicite avait été très grave;

2° Qu'elle avait été parfaitement soignée et guérie;

3° Que l'escarre s'est produite parce que le médecin a négligé d'interposer une flanelle entre le ventre de la malade et la vessie contenant de la glace.

Le Dr C..., interrogé par le juge d'instruction, a répliqué qu'il s'est préoccupé d'abord de guérir l'appendicite, « maladie mortelle » ; qu'il a fait faire les applications directes de glace à cause de la gravité du cas, et parce qu'il a jugé que la glace enveloppée de flanelle ne suffirait pas. Enfin que, si le traitement a occasionné une légère infirmité, c'est un cas de force majeure dont, « ayant fait tout son devoir », il ne peut être responsable.

Cependant le magistrat, conformément aux conclusions du Parquet, a estimé qu'il contenait de soumettre aux juges correctionnels le problème délicat qui se posait en l'espèce.

Ophtalmo-réaction tuberculeuse chez les enfants. — M. Comby a étudié chez 16 enfants les réactions déterminées par l'instillation dans l'œil d'une goutte de tuberculine à 1 p. 100. Il a obtenu des résultats très précis par cette méthode, qui a l'avantage de fournir des renseignements même chez les fébricitants.

Elle est inoffensive ; cependant chez deux enfants l'auteur a constaté une réaction très vive, de sorte qu'il va reprendre ses investigations avec une solution plus faible, à 1 p. 200.

Congrès français de médecine (9e session). — Le Congrès français de médecine siégera à Paris les lundi 17 octobre, mardi 18 octobre et mercredi 19 octobre 1907. La première séance

aura lieu le 17 ociobre à 9 heures, à la Faculté de médecine de Paris.

Le bureau du Congrès est composé de : Professeur Debove (Paris), président ; professeur Teissier (Lyon), Barth (Paris), vice-présidents ; Fernand Bezançon (Paris), secrétaire général ; V. Griffon (Paris), secrétaire adjoint ; Jules Renault (Paris), trésorier ; P. Masson, éditeur, trésorier adjoint.

Rapports dont les sujets ont été fixés au précédent Congrès (Liège) : Traitement de l'ulcère simple de l'estomac, rapporteurs : MM. Linossier et Castaigne. — Pathogénie et traitement du goître exophtalmique, rapporteurs : MM. Gilbert Ballet, Delherm et Sainton. — L'hémophilie, rapporteurs : MM. Carrière et Marcel Labbé.

Questions devant être discutées au Congrès : Traitement chirurgical de l'ulcère simple de l'estomac. La tuberculose pulmonaire est-elle d'origine aérienne ou d'origine intestinale? Les bacilles acido-résistants. Action thérapeutique du radium. La médication ionique. La médication par le collargol. Valeur thérapeutique de la tuberculine. Sérothérapie de la dysenterie. Les sporotrichoses cutanées.

Les souscriptions devront être envoyées à M. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Tout ce qui concerne la partie scientifique ou administrative du Congrès devra être adressé à MM. Fernand Bezançon, 84, rue de Monceau, et V. Griffon, 16, rue de l'Université, Paris.

BIBLIOGRAPHIE

La chirurgie du champ de bataille. *Méthodes de pansement et interventions d'urgence d'après les renseignements modernes*, par le Dr Demmler, membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris, ancien médecin principal des hôpitaux militaires. Petit in-8 (19 × 12) de 164 pages ; 1907. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.*) Broché 2 fr. 50 ; cartonné 3 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les progrès accomplis en Chirurgie ont modifié le pronostic des blessures de guerre. Il est donc important de connaître si les méthodes nouvelles de traitement pouvaient être appliquées sur le champ de bataille ; de savoir si les tactiques récentes adoptées pour le combat laisseraient au médecin assez de temps et de sécurité pour faire profiter les blessés des moyens de salut habituellement employés en temps de paix.

L'auteur a cherché à résoudre la question, en s'appuyant sur les données fournies par les événements militaires de ces dernières années ; il s'est efforcé d'établir les limites dans lesquelles devait se mouvoir l'acte chirurgical dans les premières heures après la bataille. Entre deux opinions opposées : l'une qui n'admet ni désinfection ni intervention et réduit le rôle du praticien à un simple emballement des blessures suffisant pour permettre le transport ; et celle qui admet la nécessité de certaines opérations d'urgence et d'un pansement méthodique pour mettre immédiatement la plaie dans les meilleures conditions de guérison et à l'abri des contaminations, le chirurgien peut se trouver embarrassé. Il est donc nécessaire de déterminer les règles indiquant d'un côté ce qui peut être utile, de l'autre, les actes fatalement condamnés à l'insuccès, et n'ayant d'autre résultat qu'un gaspillage de temps et de matériel précieux. Tel est le but de cet ouvrage qui sera lu avec profit par tous les praticiens appelés un jour à jouer un rôle auquel ils ne sont pas habitués.

L'amnésie au point de vue séméiologique et médico-légal, par les Drs G. Dromard et U. Levassort. 1 vol. in-16 de la Collection médicale, cartonné à l'anglaise (Félix Alcan, éditeur).

Si l'étude de la mémoire a été bien souvent tentée au point de vue de sa psychologie comme au point de vue de sa pathologie, par contre aucun travail d'ensemble n'a été publié sur la séméiologie et la médecine légale des amnésies. C'était une importante lacune à combler.

Pour l'étude de ce sujet si vaste et d'une explication délicate, il fallait s'orienter d'une manière prudente et sûre. Les auteurs ont distingué des amnésies de nature fonctionnelle parmi lesquelles nous trouvons les amnésies de commotion, les amnésies d'intoxication, l'amnésie dans les névroses, l'amnésie dans les vésanies ; puis les amnésies de nature organique consécutives aux lésions disséminées et aux lésions circonscrites du cerveau.

La seconde partie du travail intéresse la médecine légale. Les auteurs se sont efforcés de porter la lumière sur des points souvent très obscurs dans l'épilepsie, la paralysie générale au début et les traumatismes cérébraux. Les accidents du travail ont rendu ces examens aujourd'hui si fréquents quand il s'agit de déterminer les responsabilités des uns, les droits à des indemnités des autres, que les développements donnés à ce chapitre ont un intérêt de premier ordre Une étude sur la simulation de l'amnésie qui est bien l'une des difficultés les plus grandes que l'expert puisse avoir à résoudre complète ce travail.

IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Élevage et survie des prématurés nés à la Maternité de la Charité 1898-1907, par le Dr Ch. Maygrier. — Le programme à remplir dans l'élevage des prématurés, c'est-à-dire des enfants nés avant terme, entre le sixième et le neuvième mois, et dont le poids varie de 1.500 grammes et au-dessous jusqu'à 2.500 grammes alors que le poids d'un nouveau-né à terme est en moyenne de 3.250, comprend trois indications essentielles : 1° protéger ces petits êtres contre le refroidissement à l'aide de la couveuse, des frictions, des massages, des bains chauds, etc.; 2° leur donner une alimentation appropriée qui doit consister avant tout dans l'allaitement au sein maternel ; 3° Les préserver des causes d'infection auxquelles les expose leur faible résistance, en surveillant soigneusement leur hygiène et en les isolant de toute source de contagion.

Enfin, un point important est que ces enfants, quand ils naissent dans un service d'accouchement, y séjournent tout le temps nécessaire à leur complet développement.

C'est d'après ces principes et suivant les règles si précises posées par Budin que tous les prématurés nés à la Maternité de la Charité, de 1898 à 1907, ont été soignés. Les résultats sont les suivants : sur 735, 616 ont quitté le service vivants et bien portants, ce qui donne un pourcentage de survie de 83,80 p. 100.

Mais que sont devenus ces enfants par la suite ?

La consultation de nourrissons de la Charité a permis de suivre 146 d'entre eux pendant un laps de temps qui a varié de un mois à deux ans, et de continuer à conseiller et à aider les mères dans leur tâche d'éleveuses : sur ces 146 débiles, il en est mort 5 (mortalité 3,42 p. 100). La survie donc a été de 96,58 p. 100.

Il est ainsi démontré que les prématurés peuvent s'élever et se développer physiquement et intellectuellement dans les mêmes proportions que les enfants à terme.

Cette conclusion, qui résultait déjà des recherches de Budin, prouve que, bien loin de les considérer comme une quantité négligeable, il faut s'efforcer de favoriser leur développement par tous les moyens possibles. Aussi est-il souhaitable que, suivant le vœu de M. Paul Strauss, les débiles soient assimilés à des malades et, comme tels, relèvent de la loi sur l'assistance médicale gratuite, de façon que la mère nécessiteuse d'un prématuré puisse, étant secourue, se consacrer entièrement à l'élevage difficile de cet enfant.

Les pleurésies purulentes aseptiques. — M. F. Widal a fait à l'Académie de médecine, en collaboration avec son élève Gougerot, une communication sur les pleuré-

sies purulentes aseptiques, dont la notion intéresse autant la pratique que la pathologie générale. Les épanchements purulents sont en général dus à l'invasion de microbes, mais M. Widal montre qu'il est des cas où ils sont absolument aseptiques. Que ces épanchements puriformes soient microbiens ou qu'ils ne le soient pas, ils sont caractérisés par les mêmes symptômes et l'aspect du liquide retiré par ponction est identique, c'est celui du pus. Un épanchement puriforme aseptique apparaissant au cours d'une pneumonie ou se développant dans la pleurésie cardiaque peut donc donner le change avec une pleurésie très grave, infectieuse. La distinction est importante à établir, car le pronostic et les indications pour le traitement sont différents dans l'un et l'autre cas. M. Widal apporte un caractère tiré de l'examen histologique du pus et qui permet immédiatement de faire le diagnostic de la nature de ces épanchements. Tandis que dans le pus septique les globules blancs sont déformés, altérés, avariés, en un mot, par la lutte qu'ils ont eu à soutenir contre les microbes, conformément aux lois de la phagocytose de Metchnikoff, dans les épanchements puriformes aseptiques, au contraire, ces leucocytes accumulés, n'ayant eu aucun assaut offensif à soutenir, conservent toute la pureté de leurs contours et toute l'intégrité de leur noyau.

L'étude du pus retiré d'une plèvre impose donc désormais au médecin en même temps que des recherches bactériologiques, un examen portant sur l'état d'intégrité ou d'avarie des leucocytes. Il n'est pas de constatation plus rapide et plus facile à faire au microscope. L'état de conservation des globules blancs comporte un pronostic relativement bénin ; l'épanchement se résorbe spontanément. L'altération et la désintégration de ces globules indiquent au contraire un épanchement septique et commande l'intervention opératoire.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE

PAR LES

Drs E. BOUCHUT & A. DESPRÉS

Septième édition mise au courant des derniers Progrès de la Science

Par les Drs **G. Marion** et **F. Bouchut.**

Magnifique vol. de 1590 pages in-8° sur deux colonnes, avec 1097 gravures dans le texte : *Indispensable aux Familles*

Prix : BROCHÉ, **25** FR. ; — RELIÉ, **30** FR.

Le *Dictionnaire de Médecine et de Thérapeutique médicale et chirurgicale* des Docteurs Bouchut et Desprès se trouve depuis nombre d'années entre les mains de tous les Médecins et Chirurgiens et de tous ceux qui ont à s'occuper des malades, dans les pharmacies, hôpitaux, infirmeries et maisons de santé.

La septième édition de ce Dictionnaire, l'un des plus pratiques et des plus utiles, vient d'être publiée par les soins de MM. les Docteurs Marion, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, et Fernand Bouchut.

Tout en respectant la devise des auteurs (*Multa paucis*), les nouveaux collaborateurs ont introduit dans cette édition de nombreuses et intéressantes modifications. La bactériologie, l'électrothérapie, l'hygiène, l'opothérapie, la sérothérapie, dans leurs applications, y ont pris une place importante. En chirurgie, l'instrumentation la plus moderne, les appareils de fractures et de prothèse, les indications et la description des opérations chirurgicales, accompagnées de figures nouvelles et originales, ont reçu les développements que comportent les idées et les progrès les plus nouveaux.

On y retrouvera, mises au courant des découvertes de la science, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontotechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, et *un formulaire spécial pour chaque maladie.* 1097 gravures ornent ce superbe ouvrage de 1590 pages gr. in-8° imprimé sur deux colonnes.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la protection de l'Enfance (1).

Par le Dr Porak,
Accoucheur de la Maternité, membre de l'Académie de médecine.

Le Comité supérieur de la Protection de l'Enfance a fait deux lectures du projet de revision de la loi du 23 décembre 1874 qui lui a été présenté par le Gouvernement. Ce projet amendé sera vraisemblablement déposé sur le bureau du Sénat au moment de la prochaine réunion des Chambres et il viendra en discussion dans un temps relativement rapproché. Le Comité a eu les mêmes préoccupations que celles qui ont été exposées à cette tribune par M. Vidal et par M. Pinard. Et puisque vous m'avez fait l'honneur de m'y déléguer, il me semble opportun de vous faire part des résolutions qui y ont été arrêtées.

Je n'aborderai que les quatre points qui ont été soulevés dans la discussion actuelle et qui ont rapport : 1° au fonctionnement de la loi Roussel; 2° à la surveillance des nourrices placées ; 3° aux garanties qui ont été prises pour sauvegarder la santé des enfants des filles-mères; 4° aux consultations de nourrissons.

1° *Fonctionnement de la loi Roussel.* — La loi fonctionne dans la plupart des départements, et les derniers relevés statistiques du ministère de l'Intérieur remontent à 1903. En cette année, dans quatre départements, elle ne fonctionnait pas. C'étaient la Vendée, la Corse, le Cantal et le Tarn-et-Garonne. L'année dernière, les fiches des enfants protégés provenant de tous les autres départements sont parvenues au ministère de l'Intérieur.

La mortalité générale pour toute la France des enfants âgés de moins d'un an s'est élevée à 13,58 p. 100. Elle n'était en Corse que de 11,87 p. 100 et en Vendée que 8,39 p. 100. L'état sanitaire satisfaisant de ces deux départements, le petit nombre d'enfants qui pourraient être soumis à la loi de la Protection de l'Enfance sont peut-être les raisons pour lesquelles ces départements n'ont pas senti la nécessité d'exécuter la loi.

195.370 fiches d'enfants protégés sont parvenues des autres départements au ministère de l'Intérieur. 25.670 fiches, c'est-à-dire plus du quart, provenaient du département de la Seine. Les 25.670 fiches du département de la Seine correspondaient à 77.198 naissances et comprenaient par conséquent plus du tiers des enfants nés dans ce département. On conçoit l'importance du service de la Protection

(1) Académie de médecine. Séance du 16 juillet 1907.

de l'Enfance dans le département de la Seine, puisqu'il s'étend sur le tiers des enfants nés dans le département et sur le quart de la totalité des enfants protégés en France. Le département de la Seine s'impose les plus lourds sacrifices pour assurer à ses enfants les meilleurs soins. Ces sacrifices sont incomparablement supérieurs à ceux que peuvent consentir les autres départements (1). Le nombreux personnel et l'excellente administration de la Préfecture de police lui permettent d'être exigeant.

Malgré tous ces efforts, la Seine occupe une situation mauvaise au point de vue de la mortalité des enfants protégés. Dix départements seulement apportent des statistiques plus mauvaises que les siennes (2). M. Pinard reconnaît qu'elle est de 5,73 p. 100 en 1904, alors qu'en 1901 elle était de 5,78, chiffres à peu près égaux.

Les enfants protégés du Var — je ne compte pas les enfants assistés — occupent dans le service de la Protection de l'Enfance une place des plus minimes, puisqu'en 1903 ils n'étaient que 683.

Malgré l'interpellation que M. Pinard a adressée à M. Monod, malgré l'approbation que celui-ci lui a donnée, les statistiques du service de la Protection de l'Enfance ne sont pas si défectueuses. M. Pinard s'est chargé de répondre lui-même à son interpellation, en signalant pour les départements du Sud-Ouest de la France ceux qui ont une statistique de mortalité supérieure à celle du Var (3).

La vérité est que le corps des inspecteurs départementaux mérite le plus grand éloge.

La loi de 1874 avait attribué aux Comités départementaux la situation prépondérante; elle avait placé les inspecteurs départementaux dans une situation secondaire. La force des choses a renversé les rôles et les inspecteurs départementaux ont justifié beaucoup mieux la pensée du législateur que les Comités départementaux ne l'ont fait. Ils ont pris dans l'administration la première place et la révision de la loi vient de leur confirmer la situation qu'ils occupent.

Voici comment le projet de révision prévoit la situation respective des Comités départementaux et de l'inspecteur de l'Assistance publique :

Art. 2. — La surveillance instituée par la présente loi est exercée, sous l'autorité du préfet de police dans le département de la Seine, et du préfet dans les autres départements, par l'inspecteur de l'Assistance publique (sauf pour le département de la Seine), par des médecins-inspecteurs, par les maires, et, s'il y a lieu, par des Commissions locales.

(1) On m'assure que ces frais s'élèvent à 34 francs par enfant protégé dans le département de la Seine, alors qu'ils n'atteignent pas 15 francs pour les enfants protégés des autres départements.

(2) Ces départements sont l'Eure-et-Loir, l'Ardèche, la Meurthe-et-Moselle, les Hautes-Alpes, le Nord, la Meuse, la Charente-Inférieure, la Marne, la Saône-et-Loire et l'Aube, où, m'assure-t-on, M. Pinard occupe des fonctions municipales.

(3) La statistique de mortalité générale est dressée par le ministère du Commerce. On remarquera que M. Pinard fixe à 12,44 p. 100 la mortalité des enfants de zéro à un an, alors que M. Vidal accuse le chiffre de 17,50 p. 100. Si la mortalité générale des enfants de moins d'un an est inférieure à celle des départements voisins, la mortalité des enfants protégés doit profiter des conditions générales qui influent surtout sur la mortalité.

L'inspecteur de l'Assistance publique dirige le fonctionnement du service.

Les médecins-inspecteurs sont nommés par le préfet qui, sur l'avis du Comité départemental mentionné à l'article 3, détermine les circonscriptions dont ils ont la surveillance. Les médecins-inspecteurs sont rétribués d'après un tarif fixé par le Conseil général sur la proposition du préfet. A défaut de médecin, le préfet pourra confier le service à une sage-femme.

Les Commissions locales sont, après avis du Comité départemental, instituées par un arrêté préfectoral fixant le nombre de leurs membres. Les fonctions de membre de ces Commissions sont gratuites.

Art. 3. — Les préfets sont assistés d'un Comité ayant pour mission d'étudier et de proposer les mesures propres à assurer le fonctionnement du service, et composé comme suit :

Deux membres du Conseil général désignés par ce Conseil dans le département de la Seine, le chef de division de la préfecture de police ayant dans ses attributions l'application de la loi de protection, et, dans les autres départements, l'inspecteur du service de l'Assistance publique; deux médecins-inspecteurs du service désignés par leurs collègues; quatre autres membres, désignés par le préfet, dont un pris parmi les médecins membres du Conseil départemental d'hygiène publique, et trois pris parmi les administrateurs ou administratrices des Sociétés légalement reconnues qui ont pour objet la protection de la première enfance, ou, à leur défaut, parmi les membres des Commissions administratives des hospices et des bureaux de bienfaisance.

Les membres du Comité départemental sont nommés par le préfet pour trois ans et peuvent être renommés. Leurs fonctions sont gratuites.

Les inspecteurs départementaux ont justifié la situation qui leur est actuellement faite. Ils ont obtenu des préfets les crédits nécessaires pour faire des inspections; ils ont réformé les irrégularités qui se produisaient dans les mairies; ils ont réuni au centre tous les documents statistiques et tous autres renseignements qui concernent la protection de l'Enfance. Ils ont régularisé le service, encouragé les bonnes nourrices, puni les mauvaises.

Ce ne sont pas seulement de bons administrateurs, ce sont aussi des statisticiens. M. Edelga tient parmi ceux-ci une place distinguée. Les statistiques de M. Vidal concernent, comme je viens de le dire, un service peu actif. Dans la période décennale, de 1886 à 1895, la mortalité des Enfants protégés a été de 11,01 p. 100, et dans la période décennale suivante, de 1896 à 1905, elle a été de 12,7 p. 100, soit plus de 1 p. 100 plus forte. Ce n'est pas une preuve que le fonctionnement de la loi Roussel soit en progrès dans le département.

Dans un certain nombre de départements nous pouvons enregistrer des résultats au moins aussi bons. Le Var occupe la vingt-quatrième place pour la mortalité des Enfants protégés avec le chiffre 0,308 p. 1000 journées passées dans le service. Dans 23 autres départements, la mortalité était moindre.

Certainement la Commission de l'Hygiène de l'Enfance examinera la recomman-

dation que fait M. Vidal d'accorder à M. Edelga (1) une récompense supérieure. Elle ne l'avait d'ailleurs pas oublié, puisqu'elle lui a rappelé la médaille de vermeil. C'est donc la médaille d'or que réclame M. Vidal pour son protégé. Dès la seconde année où j'ai étudié les mérites des inspecteurs départementaux, j'ai pensé que la plus haute récompense dont dispose votre Commission devait être surtout attribuée aux concours désintéressés ou à ceux qui avaient ouvert à la Protection de l'Enfance des voies nouvelles. Un fonctionnaire qui fait bien son service n'accomplit que son devoir.

2° *Surveillance des nourrices placées.* — M. Vidal est porté à demander « l'extension de la loi Roussel à tous les nourrissons, non seulement à ceux qui reçoivent dans leur famille un lait mercenaire, mais encore à ceux qui sont nourris par leur mère au sein et au biberon; car c'est principalement dans les familles que la société aurait un intérêt majeur à faire pénétrer les représentants de la loi ».

M. Vidal ne dit pas les raisons sur lesquelles il appuie ce jugement. Mais bien d'autres médecins inspecteurs ont soutenu la même opinion. Ils l'ont appuyée sur cette affirmation que la mortalité des enfants de moins d'un an est plus élevée dans la famille que dans le service de la Protection. Si je fais appel aux échelles de mortalité présentées par M. Vidal, il semble bien qu'il professe la même conviction. Il a affirmé, en effet, que la mortalité des enfants sous la surveillance paternelle est de 17,50 p. 100 dans le Var, alors qu'elle n'est que de 11,54 pour vingt ans dans le service de la Protection. Je ne sais pas comment M. Vidal a dressé ses tableaux, mais je ne puis m'empêcher de m'étonner que la mortalité des enfants élevés chez leur père, soit dans le Var de 17,50 p. 100, alors qu'elle n'est pour toute la France que de 13,58 p. 100.

D'ailleurs, pas plus pour le Var que pour toute la France, le chiffre de la mortalité générale et le chiffre de la mortalité des Enfants protégés n'est comparable. Et, en effet, M. Vidal nous dit « que dans les quatre communes de son inspection les nourrissons n'arrivent pas en moyenne avant le quatre-vingtième jour à partir de leur naissance et que les placements d'emblée sont à l'état d'exception dans son service ».

Son observation se trouve confirmée par les résultats relevés par toute la France.

16.918	enfants	ont été	placés	de	0 à	4 jours.
9.519	—	—		de	5 à	9 jours.
7.748	—	—		de	10 à	14 jours.
13.040	—	—		de	15 à	29 jours.
19.115	—	—		de	30 à	90 jours.
11.175	—	—		de	91 à	180 jours.
10.800	—	—		de	181 à	364 jours.

(1) On nous apprend que M. Edelga vient de mourir. Nous ne voulons pas manquer de témoigner les regrets que nous ressentons de cette perte. M. Edelga avait rendu des services importants à la Protection de l'Enfance.

Soit pour le premier mois 47.225 enfants, c'est-à-dire à peu près la moitié de la totalité des enfants protégés.

Quelle est donc la raison de ce placement tardif des enfants? Cela tient à ce que beaucoup de mères obéissent aux recommandations de leur médecin et gardent auprès d'elles leur enfant aussi longtemps que les exigences de leur profession le leur permettent. Elles le gardent surtout lorsque leur enfant leur paraît trop faible pour supporter les risques du voyage. Dans le département de la Seine, c'est même une obligation : un enfant ne peut être confié à une nourrice que muni d'un certificat médical qui affirme qu'il est capable de faire le voyage sans danger. Cette considération et bien d'autres expliquent pourquoi la mortalité générale des enfants est d'autant plus élevée qu'ils sont plus jeunes. Le ministère de l'Intérieur a dressé un tableau comparatif très important pour démontrer ce fait en rapportant ses chiffres non au nombre d'enfants, mais au nombre de journées vécues pour la totalité des enfants, au nombre des journées passées dans le service par les enfants protégés.

Voici ces résultats :

	Ensemble des enfants	Enfants protégés
	—	—
De 0 à 4 jours	3,75	0,67
De 5 à 9 jours	1,80	1,38
De 10 à 14 jours	1,84	3,10
De 15 à 29 jours	1,23	2,57
De 30 à 90 jours	0,65	1,26
De 91 à 180 jours	0,43	0,71
De 181 à 305 jours	0,29	0,39

Les enfants débiles, mal venants, malades, chargent donc la mortalité générale et diminuent d'autant la mortalité des enfants protégés. Les parents ne se décident à envoyer leur enfant en nourrice que lorsqu'ils n'ont plus d'inquiétude sur son état de santé.

Une autre raison charge la statistique de la mortalité générale en atténuant celle des enfants protégés. Dans beaucoup de départements, une nourrice se voit refuser son carnet lorsqu'elle a perdu successivement plusieurs nourrissons, deux dans certains départements, trois dans d'autres. Il s'ensuit que dès qu'un nourrisson est malade, elle a le plus grand intérêt à le rendre à sa famille. Beaucoup de parents mécontents de la nourrice enlèvent d'ailleurs spontanément leur enfant, surtout lorsqu'il est moribond. C'est encore une cause qui charge la statistique de la mortalité générale.

Mais toutes ces raisons ne valent pas une constatation absolue, indiscutable. Or, la statistique du ministère de l'Intérieur que je viens de rappeler démontre de la façon la moins contestable que la mortalité des enfants protégés est supérieure à la mortalité des enfants élevés au foyer familial à partir du dixième jour et dans des proportions considérables, puisqu'elle s'élève à plus du double pendant les

trois premiers mois. Cet écart s'atténue ensuite, c'est-à-dire à partir du moment où les enfants sont soumis à la protection dans le Var.

On n'a donc aucun droit de dire que l'hygiène est moins bien observée chez les parents que chez les nourrices mercenaires. Ce serait une assertion inadmissible. Nous ne saurions nous élever avec assez d'énergie contre cette prétention insupportable qui tend à autoriser l'État à violer le domicile des particuliers pour s'enquérir de ce qui se passe chez eux.

M. Vidal sent d'ailleurs qu'il n'est pas placé sur un terrain bien solide, car, immédiatement, il limite sa proposition à l'examen des nourrices placées au moment de leur engagement et plus tard tous les mois.

Voici comment nous avons solutionné cette question au Comité supérieur de la Protection de l'Enfance.

Art. 7. — Toute personne qui prend chez soi une nourrice est tenue d'en faire la déclaration à la mairie de sa résidence, en présentant les certificats délivrés à la nourrice en exécution de l'art. 9 ci-après.

Art. 9. — Toute personne qui veut se placer comme nourrice chez autrui est tenue de se munir préalablement :

1° D'un certificat du médecin-inspecteur de la circonscription, établissant qu'elle est apte à allaiter et qu'elle n'est atteinte d'aucune maladie transmissible.

2° Du certificat du maire de la commune de sa résidence, prévu à l'article précédent.

Art. 11. — Toute personne qui se place comme nourrice est tenue d'en faire, dans les trois jours, la déclaration à la commune dans laquelle elle se place en présentant les certificats mentionnés à l'art. 9, et de faire connaître les conditions dans lesquelles est placé son propre enfant.

Les conséquences de cette législation justifieront la visite médicale actuellement existante pour les nourrices qui se placent à Paris. Les autres communes de France auront donc la faculté de l'organiser.

J'ai toujours été partisan au Comité supérieur de la Protection du minimum de réglementation possible, voulant laisser aux individus la liberté de défendre leurs propres intérêts; j'ai été l'adversaire déclaré des règlements qui ne comportaient pas de sanction effective. C'est pour cela que j'eusse été opposé à la proposition, cependant assez anodine, de M. Vidal, qui voudrait que les nourrices subissent une visite mensuelle. Elles exercent une profession; je reconnais donc le droit de l'État de les surveiller, mais je lui dénie tout droit relativement à ses employeurs, et par conséquent toute sanction pour établir une consultation mensuelle de la nourrice qu'ils ont engagée.

3° *Garanties prises pour sauvegarder la santé des enfants des filles-mères.*

La mortalité des enfants illégitimes est extrêmement élevée.

Mortalité.	Enfants légitimes.	Enfants illégitimes.
En 1897	14,32 p. 100	24,33 p. 100
En 1898	15,95 —	26,62 —
En 1899	15,37 —	26,07 —
En 1900	15,05 —	26,63 —
En 1901	13,24 —	24,23 —
En 1902	12,80 —	23,80 —

On observe un écart très analogue entre la mortalité des enfants légitimes et celles des enfants illégitimes dans le service de la Protection de l'Enfance. Pour mille journées passées dans le service en 1902, la mortalité des enfants légitimes s'est élevée à 0.42 et celle des enfants illégitimes à 0.77 pour mille journées passées dans le service.

La misère des mères, la syphilis, peut-être d'autres tares ont vraisemblablement une certaine influence pour amoindrir la vitalité des enfants illégitimes. Dans mon service de maternité, cela ne s'est pas imposé à mon observation. Mais à côté de cette vulnérabilité originelle des enfants, il faut surtout faire intervenir les soins qui leur sont donnés après la naissance.

La mortalité des enfants illégitimes ne tient pas à ce qu'ils sont envoyés plus tôt en nourrice que les enfants légitimes. Voici les résultats pour l'année 1903.

	Enfants légitimes.		Enfants illégitimes.	
De 0 à 4 jours.	14.215	33.797=54,66 %	2.703	13.428=50,51 %
De 5 à 9 jours.	7.176		2.343	
De 10 à 14 jours.	4.416		3.332	
De 15 à 29 jours.	7.990		5.050	
De 30 à 90 jours.	12.504	= 20,22 %	6.611	=24,87 %
De 91 à 180 jours.	7.957	= 12,86 %	3.218	=12,10 %
De 181 à 364 jours.	7.563	= 12,20 %	3.227	=12,89 %
	61.821		26.584	

La mortalité chez les nourrices peut tenir à ce que les mères n'ayant pas de foyer, ne peuvent reprendre leur enfant lorsqu'il est malade, et étant misérables, ne peuvent pas le surveiller.

Enfin, il est une autre cause qui doit avoir une réelle importance. La fille-mère, disposant de très faibles ressources, cherche une nourrice qui réclame un faible salaire. Or, cette dernière n'abaisse sa rémunération qu'en prenant plusieurs nourrissons qui viennent s'ajouter, par surcroît, à sa propre famille. On conçoit la défectuosité des soins qui sont ainsi donnés à de trop nombreux enfants. Il s'élèvent comme ils peuvent. Les parents d'enfants légitimes rétribuent mieux la nourrice, exigent qu'elle n'ait pas d'autre nourrisson que leur enfant; ils la choisissent parmi des personnes qui leur sont recommandées, dans un pays habité par leur famille, ils surveillent la nourrice et l'enfant.

Il faut expliquer par ces différences de soins donnés aux enfants, la raison de l'écart constaté dans la statistique de la mortalité des enfants légitimes et dans celle des enfants illégitimes.

Quant aux filles-mères qui gardent leur enfant auprès d'elles, ce sont aussi ordinairement des femmes malheureuses. La loi du 25 juin 1904 a rendu obligatoires les secours préventifs d'abandon qu'elles recevaient déjà d'ailleurs avant que cette loi n'ait été promulguée, et elle en a élevé le taux. En accordant ces secours, l'administration a le droit et le devoir de s'enquérir des soins qu'on donne aux enfants qui entrent dans le service de la Protection. Mais que peut-elle faire? C'est le pain qui manque à ces pauvres femmes ! Évidemment, si l'inspecteur constate qu'un enfant est mal soigné, il menace de retirer le secours. Mais il ne met pas habituellement sa menace à exécution. Deux cas peuvent, d'ailleurs, se présenter. Où la fille-mère est digne d'intérêt, elle écoute alors les remontrances qu'on lui adresse. Où la fille-mère mène une vie irrégulière, alors l'inspecteur doit faire en sorte d'obtenir l'abandon de l'enfant. Il vaut mieux qu'il soit enlevé du domicile maternel et qu'il soit confié au service des Enfants-Assistés.

Le Comité supérieur de la Protection de l'Enfance a, d'ailleurs, répondu au desideratum présidé par M. Vidal.

L'ancien article 1 de la loi Roussel, s'exprimait ainsi :

Tout enfant âgé de moins de deux ans qui est placé, moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de ses parents, devient par ce fait l'objet d'une surveillance de l'autorité publique, ayant pour but de protéger sa vie et sa santé.

On a supprimé les mots : moyennant salaire, et on a étendu considérablement les conditions dans lesquelles la Protection pouvait s'exercer. Voici la nouvelle rédaction :

Art. 1. — Tout enfant âgé de moins de deux ans, placé en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de ses père, mère ou tuteur légal, devient, par ce fait, l'objet de la surveillance de l'autorité publique, ayant pour but de protéger sa vie et sa santé.

La même protection est accordée à tout enfant de nourrice et à tout enfant qui bénéficie des secours de l'Assistance publique.

Bénéficie également de la protection tout enfant âgé de moins de deux ans dont les parents ou le tuteur sont inscrits sur la liste de l'assistance médicale gratuite, et en font la demande à la mairie de leur résidence.

Les filles-mères qui bénéficient des secours de l'Assistance publique, tomberont sous le coup de cet article.

4° *Consultations de nourrissons.*

Le projet de revision de la loi Roussel a prévu l'établissement des consultations de nourrissons. Voici les articles qui les concernent:

Art. 13. — Tout enfant bénéficiant de la protection de la loi, doit être visité par le médecin-inspecteur dans les quarante-huit heures qui suivent la réception par lui de l'avis de placement.

Un règlement d'administration publique, prévu à l'art. 18, fixera la périodicité des visites ultérieures, ainsi que des consultations de nourrissons mentionnées à l'art. 14. Ces visites et ces consultations devront être d'autant plus fréquentes que l'âge de l'enfant est moins élevé, et au nombre de vingt au moins au cours de la première année de la vie de l'enfant.

Ar. 14. — Le médecin-inspecteur peut, après avis de l'inspecteur départemental de l'Assistance publique et du Comité départemental, et avec l'autorisation du préfet, inviter les nourrices ou éleveurs à lui présenter périodiquement, dans un local déterminé, les enfants pour lesquels le transport serait exempt de dangers, sans toutefois que ces présentations excluent complètement les visites à domicile.

Le règlement d'administration publique, prévu à l'art. 18, indiquera les conditions de fonctionnement de ces consultations, notamment en ce qui concerne leur périodicité, l'âge des enfants qui y seront conduits et la distance à parcourir pour les y amener.

Le temps, par l'expérience qu'il apporte tous les jours, fait rapidement tomber en désuétude les dispositions législatives qui ne sont pas bien appropriées. La révision qu'on a jugé nécessaire de la loi Roussel en est une preuve évidente.

Depuis plus de trente ans, qu'elle fonctionne, nous savons bien en quoi les visites domiciliaires des médecins-inspecteurs aux nourrices sont utiles et en quoi elles sont inefficaces. Le Comité supérieur de la Protection de l'enfance les a rendues obligatoires. Mais il a jugé qu'un autre organisme pourrait corriger leurs défectuosités. L'immense succès de Consultations de nourrissons ne pouvait pas le laisser indifférent. Il les a encouragées, mais il les a faites facultatives. Si elles sont réellement utiles, le temps les multipliera ; si elles sont dangereuses, il les fera disparaître.

La plupart des institutions ont des avantages et des inconvénients. Il faut éprouver si les premiers ne l'emportent pas sur les seconds. Le succès donne la mesure de leur utilité.

Budin organisa en 1894 la première Consultation de nourrissons dans les hôpitaux de Paris. Il a voué son existence à les multiplier. Il a inauguré son apostolat ici-même et les communications retentissantes qu'il nous a faites ont dépassé les limites de cette enceinte. Il l'a poursuivi en France par de nombreuses conférences jusqu'au moment où la mort est venue le surprendre alors qu'il était encore et toujours sur la brèche.

Il existe actuellement 191 Consultations de nourrissons dans le Pas-de-Calais et

150 dans l'Yonne. Il s'en est créé un peu partout. M. Vidal nous signale qu'elles fonctionnent utilement dans le département du Var. Comme toute idée bonne et féconde, elles ont eu leur concurrence et leur contremaque. Des Gouttes de lait très nombreuses ont été en particulier ouvertes dans la Seine-Inférieure et dans les départements voisins. Ce remarquable mouvement a soulevé des admirateurs passionnés et des détracteurs intransigeants. Depuis M. Pinard et M. Peyroux d'Elbeuf jusqu'aux Allemands et aux Scandinaves, il existe de nombreux opposants à leur développement.

Mais les intérêts mis en jeu sont devenus si considérables qu'on a senti la nécessité de réunir à Paris un congrès de Gouttes de lait pour les discuter. Cette réunion a obtenu assez de succès pour qu'un nouveau congrès, international celui-là, ait été convoqué à Bruxelles pour le mois de septembre prochain. Il promet d'attirer une affluence considérable de Français, de Belges et praticiens d'autres pays étrangers. Déjà nous avons reçu plus de 50 rapports qui formeraient un gros volume, où les questions les plus diverses se trouvent soulevées.

M. E. Lust est devenu le propagateur le plus énergique des Consultations de nourrissons en Belgique. Sous sa vigoureuse impulsion quatre Consultations de nourrissons existent à Bruxelles ; à la Maison du Peuple, à la Maternité, aux Enfants-Assistés et dans le quartier nord-est. Il avait fondé les premières Consultations de nourrissons en 1897. Le mouvement s'est étendu à de nombreuses villes belges et des Consultations de nourrissons ont été organisées à Saint-Josse-ten-Noode, à Schærbeck, à Molenbeek, à Saint-Gilles, à Ixelles, à Cureghem, à Kœkelberg, à Etterbeek, à Hodimont, à Anvers, à Louvain, à Charleroi, à Marcinelle, à Gembloux. Liège en possède deux. A Gand, l'œuvre des mères de famille étend son action tutélaire sur 5.000 enfants, elle dispose d'une Consultation de nourrissons.

En Espagne, d'après M. le professeur Gonzalès Alvarez, la première Consultation de nourrissons avec distribution de lait stérilisé suivant la pratique du Dr Dufour a été fondée à Saint-Sébastien. Les municipalités de Barcelone, de Logrono, de Saragosse, de Vitoria, de Bilbao, de Pampelune, de Malaga, de Cadix, etc., ont suivi son exemple. Madrid a ouvert trois Consultations de nourrissons.

En Roumanie, Mme V. Alexandresco nous apprend qu'une Consultation de nourrissons avec distribution de lait aux mères, qui n'ont pas suffisamment de lait, est ouverte à Bucarest pendant les mois d'été. M. Zelensky a ouvert à Cracovie, en 1905, une Consultation de nourrissons avec distribution de lait.

Les Allemands, sous l'instigation d'Escherich, sans contester les services des Consultations de nourrissons, pensent que leur installation se heurte à des obstacles que l'organisation sociale actuelle ne parvient pas à renverser. Ils demandent qu'on change l'étiquette du Congrès international des Gouttes de lait en un Congrès pour la protection de l'enfance. Quelques Scandinaves suivent leur impulsion. Cependant M. E. Wurtz, de Strasbourg, nous a dit que dans certaines villes existent des Consultations de nourrissons où on distribue aux mères qui nourrissent leur enfant des primes en argent, en vivres et surtout en lait. M. Wernster annonce

qu'une quinzaine de villes environ ont ouvert en Suède des Gouttes de lait.

M. le professeur Concetti, de Rome, approuve le but poursuivi par ces institutions, mais il ne comprend pas la distinction entre les Consultations de nourrissons et les Gouttes de lait. Ni moi non plus, d'ailleurs.

M. von Schrœtter, de Vienne, propose que les Gouttes de lait puissent se développer et devenir le vrai centre pour toutes les mesures qui concernent la protection des nourrissons, et, par la même occasion, deviennent un moyen de protection important dans la lutte contre la tuberculose, afin d'atténuer sa morbidité et sa mortalité. M. Comby, très partisan des Gouttes de lait, pense qu'on ne peut que faiblement compter sur leur efficacité dans la lutte antituberculeuse.

Ces communications annoncées pour le prochain congrès des Gouttes de lait de Bruxelles montrent l'importance qu'on attache partout à discuter leurs avantages. De leurs inconvénients on ne parle guère. Je n'ai vu nulle part mentionnées les objections qui ont trait aux inconvénients du transport des enfants et aux risques de contagion qu'ils courent. Elles méritent cependant d'être prises en sérieuse considération.

Pour ce qui regarde l'éloignement du domicile des enfants du siège de la Consultation, je ferai une observation d'ordre général qui n'a cessé de me préoccuper pendant le temps que nous avons consacré à la revision de la loi Roussel.

Il faut diviser la France en deux parties : l'une, très étroite, qui reçoit le plus grand nombre des enfants protégés, par exemple, dix sur deux kilomètres carrés ; l'autre, très étendue, qui donne asile à relativement peu d'enfants protégés, très disséminés. C'est pour avoir méconnu cette division que les détracteurs de la loi Roussel ont prétendu qu'elle était inefficace. Il leur était facile, en effet, de multiplier l'annonce de cas particuliers où elle n'était pas exécutée, et même de s'appuyer sur des résultats globaux où l'inefficacité de la loi atténuait ou obscurcissait les résultats obtenus dans les endroits où elle est utile.

Dans la partie où les enfants sont agglomérés sur de petites surfaces, on pourra et on devra exiger que les médecins-inspecteurs rendent des services réels, qu'ils ne viennent pas en coup de vent au domicile de la nourrice, qu'ils prennent la peine de descendre de voiture au lieu de s'y faire apporter le carnet de la nourrice et surtout qu'ils n'en détachent pas d'un seul coup plusieurs feuillets.

Dans la partie où les enfants sont disséminés, on n'a rien fait d'utile depuis trente ans, et je crois bien qu'on n'obtiendra rien d'efficace dans l'avenir. Les médecins-inspecteurs sont obligés de parcourir des distances qui dépassent quelquefois 10, 15 et même 20 kilomètres de leur domicile, et lorsqu'ils arrivent au logis de la nourrice, ils trouvent quelquefois la porte close. Celle-ci vaque à ses occupations, entraînant derrrière elle enfants et nourrissons. Que dire des pays montagneux où il n'y a même pas de voies d'accès au logis de la nourrice ? Dans ces conditions, le médecin se désintéresse d'une fonction où il sent son inutilité.

J'ai soutenu au Comité supérieur de la Protection de l'Enfance que la rédaction de la loi devait tenir compte des conditions de la partie de la France où les enfants

protégés sont nombreux et ignorer celle où ils sont rares. Les Consultations ne seront possibles que dans les cas où ellès pourront rallier facilement une vingtaine d'enfants en leur faisant parcourir une petite distance.

Les risques de contagion constituent une seconde objection, très réelle et très grave. Les médecins qui voudront ouvrir des Consultations de nourrissons devront en être convaincus et prendre les mesures nécessaires pour éviter ce danger; sinon, ils compromettront leur tentative.

Dans les Consultations très fréquentées et bien dirigées, on doit aménager des locaux spéciaux pour isoler les enfants malades qui, en principe, n'auraient même pas dû venir, ou préposer à la réception une personne capable de distinguer les enfants suspects et ayant la mission de les éloigner. Dans les grandes villes où on connaît mal sa clientèle, ces précautions doivent s'imposer au médecin qui dirige la Consultation.

Dans les petites villes où tout le monde se connaît, où on a grand'peur de contracter une maladie auprès d'un enfant malade, il semble qu'il sera plus facile d'éviter la contagion.

Le problème, pour sérieux qu'il soit, ne paraît pas insoluble. Il ne semble pas qu'en fait, la contagion soit fréquemment observée dans les Consultations de nourrissons. Sous la réserve des précautions à prendre, il ne faut pas se faire un spectre de la contagion, car alors on ne devrait pas entrer dans une voiture de place; il serait interdit de faire jouer un enfant dans un jardin public ou de l'envoyer à l'école. Tous les actes d'une vie active comportent quelques risques. Par ce temps d'automobilisme à outrance, on ne devrait plus sortir de chez soi si on avait peur d'être écrasé.

En regard de ces inconvénients, que d'avantages! La Consultation de nourrissons avec ses pesées régulières, avec ses fiches, permet un examen réel et utile de l'enfant. Elle devient une école d'hygiène infantile qui ne profite pas seulement aux enfants protégés, mais encore à ceux qui ne le sont pas et auxquels on peut étendre les bienfaits de la Consultation. Il n'y a pas de doute que les familles très attentives à tout ce qui peut leur être utile ne tirent parti des enseignements répandus grâce à la Consultation.

Ce qu'il y a surtout de remarquable dans le mouvement développé par la campagne en faveur des Consultations de nourrissons, c'est la vive impulsion qu'elles ont donnée aux œuvres philanthropiques, aux mutualités maternelles et même à certaines grandes maisons de vente de lait. Le lait fraudé et altéré est le grand producteur des gastro-entérites qui font de si nombreuses victimes en été. Les Consultations de nourrissons se sont annexé des distributions de lait ou ont été annexées à des débit de lait. La grande industrie laitière a pu prendre les mesures nécessaires pour fournir au peuple un lait contrôlé, non coupé, rapidement livré, bon marché. Il existe maintenant dans les quartiers excentriques de Paris une concurrence, au point de vue de la qualité, qui force les petits détaillants de vendre d'aussi bon lait que les gros marchands. Ainsi, se trouve près d'être résolue une

des questions les plus graves qui intéressent l'hygiène publique et qui paraissait auparavant insoluble.

Les résultats aujourd'hui obtenus sont si considérables que je n'hésite pas à souscrire au jugement que M. P. Strauss a exprimé à propos du promoteur des Consultations de nourrissons : Budin a été un bienfaiteur de l'humanité.

Recherches sur la propagation du gonocoque à l'urètre postérieur,

par le Dr M. Deschamps,
Ancien interne des hôpitaux,
Assistant de la policlinique des maladies des voies urinaires de l'hôpital Beaujon.

Le principal argument longtemps fourni contre le traitement local de la blennorragie par les grands lavages urétro-vésicaux, c'est le refoulement possible du gonocoque vers l'urètre postérieur par le liquide de l'injection ou par une sonde introduite dans le canal ; il était intéressant de se rendre compte si le gonocoque n'était pas capable de se propager lui-même vers les régions profondes de l'urètre sans y être poussé ou porté, et si le reproche qu'on a fait au traitement local de la blennorragie de provoquer des complications de propagation était plus ou moins fondé.

Dans le but d'élucider cette question, nous avons fait les recherches suivantes à la policlinique des voies urinaires de l'hôpital Beaujon, dans le service du Dr Bazy : ayant sélectionné un certain nombre de malades venant consulter aux premiers jours d'une première blennorragie, absolument vierges de toute urétrite antérieure, qualifiée vulgairement d'échauffement, et indemnes de tout traitement local (condition assez rare dans la clientèle d'hôpital qui va d'abord chez le pharmacien acheter une petite seringue avant de venir consulter), nous avons lavé leur urètre antérieur avec deux litres d'eau stérilisée injectée à méat ouvert et à basse pression pour ne pas refouler de gonocoques dans l'urètre postérieur, et nous avons recueilli ensuite le premier jet de leur urine : ce premier jet fut centrifugé et le gonocoque recherché dans le culot de centrifugation.

Ces recherches ont été faites sur 18 malades, dont 6 étaient au deuxième jour de leur infection, 2 au troisième jour, 4 au quatrième jour, 4 au cinquième jour, 1 au huitième jour et 1 au dixième jour (1). Nous avons constaté la présence du gonocoque dans l'urètre postérieur de 3 malades infectés du deuxième jour, de 3 infectés

(1) 5 de ces observations ont été publiées dans la thèse de Rousselot (Détermination de la blennorragie sur la prostate et les vésicules séminales, *Th. Paris* 1906).

du quatrième jour, de 3 infectés du cinquième jour, de celui du huitième jour, enfin l'infecté du dixième jour avait son urètre postérieur indemne.

On voit donc que, dès le deuxième jour de la blennorragie, le gonocoque peut être déjà remonté dans l'urètre postérieur par ses propres moyens, franchissant le sphincter membraneux qui ne défend nullement l'envahissement des régions profondes, pas plus qu'il ne s'oppose au reflux du pus poussé par l'injection à la petite seringue.

D'autres auteurs, s'étant occupés de cette question, avaient déjà vu que l'envahissement de l'urètre postérieur était non pas une complication mais une propagation physico-pathologique de l'infection gonococcique, que cette propagation, absolument spontanée, pouvait s'observer avant la troisième semaine de la maladie dans 80 à 85 p. 100 des cas (1). D'après Colombini, cette propagation s'observerait au bout de la première semaine dans 39,7 p. 100 des cas, dans 65 p. 100 à la fin de la deuxième semaine, dans 62,15 p. 100 à la fin de la troisième semaine, et dans 84 p. 100 à la quatrième semaine (2).

Ces constatations nous montrent l'illusion de ceux qui accusent les grands lavages urétro-vésicaux selon la méthode de Janet de refouler le gonocoque vers l'urètre postérieur et la vessie et de propager l'ascension de l'infection; elles nous démontrent au contraire l'utilité de laver dès le début toute la longueur de l'urètre puisque dès le deuxième jour de la blennorragie le gonocoque peut avoir envahi l'urètre postérieur, là où une injection à la petite seringue serait incapable de l'atteindre.

Ajoutons que, même en admettant son refoulement par le liquide du lavage, il est immédiatement expulsé par la miction qui évacue ce liquide lorsque la vessie est suffisamment remplie, tandis que le gonocoque refoulé par l'injection à la seringue reste là où il est repoussé et y cultive.

M. Deschamps.

(1) Hermann Goldenberg. — Uretritis posterior and the diagnostic value of the modified Thompson est (*Journ. of cutan. and genito-urin. Dis.*, 1894, déc., p. 518).

(2) Colombini. — Della diffusibilità del processo blenorragico dall'uretra anteriore alla posteriore (*Morgagni*, 1897, n° 7).

AVIS

Le numéro du 15 juillet porte, par erreur, le n° 15 sur la couverture. En tête du sommaire, le n° 14 est inscrit.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,

Médecin des hôpitaux.

Contribution au traitement de la septicémie, par MAIER (*Münch. med. Woch.*, 16 juillet 1907). — Le traitement de toute septicémie étant très incertain, l'auteur publie un cas très favorable où la guérison d'une infection puerpérale fut obtenue par la médication salicylée. L'acide salicylique exerce une action curative dans certaines maladies septiques, mais il est difficilement maniable en raison des troubles qu'il provoque et l'auteur a eu recours à de petites doses répétées d'aspirine, par exemple de 0,25 centigrammes répétés toutes les deux heures.

Il est à remarquer qu'au début du traitement les globules blancs ont augmenté pour atteindre 38.000, le deuxième jour de l'apyrexie produite par le traitement. A partir de ce moment le nombre des leucocytes a rapidement diminué pour atteindre son chiffre normal. Ce fait vient à l'appui de l'opinion qui considère l'hyperleucocytose dans les maladies infectieuses comme une sorte de moyen de défense de l'organisme. Comme d'après les recherches de Bohland et d'autres les préparations salicylées sont de celles qui chez l'homme sain peuvent provoquer une hyperleucocytose, il est légitime de supposer que l'action curative de l'aspirine dans ce cas tient à cette propriété.

L'auteur recommande en conclusion de traiter chaque cas par de petites doses, d'administrer le médicament surtout pendant la nuit, d'augmenter avec précaution les doses en cas de nécessité et d'administrer le médicament jusqu'à production de l'apyrexie complète.

L. JUMON.

Traitement de l'érysipèle par le métacrésolanytol, par NEUMANN (*Berl. klin. Wochenschrift*, 22 juillet 1907). — L'auteur a expérimenté ce produit dans 12 cas d'érysipèle de la face et 11 d'érysipèle du tronc, s'étant développé sur des plaies. Il s'agit d'un liquide sirupeux présentant l'odeur et l'aspect de l'ichthyol, facilement soluble, non caustique. Les badigeonnages provoquent un durcissement de la région traitée, suivi d'exfoliation en croûtelles ou lamelles; on n'observe jamais de suppuration ou de formation de cicatrices. L'auteur n'a enregistré aucun effet accessoire nocif.

L'auteur emploie le topique à l'état pur: il commence à 10 centimètres de distance de la lésion et badigeonne ensuite celle-ci; ce badigeonnage est répété plusieurs fois : au bout de peu de temps, la surface est sèche et vernissée.

Il va sans dire que, suivant la région, le mode d'application varie quelque peu.

Il suffit parfois d'une seule intervention pour obtenir une chute de la température et un arrêt du processus; il sera toutefois prudent de continuer, même dans ces cas, les badigeonnages, car il peut arriver que vers le troisième jour une nouvelle poussée se manifeste.

Pour faire tomber plus rapidement les lamelles du topique, on emploie l'huile ou la vaseline boriquée.

On observe souvent une chute en lysis dans les cas venus tardivement en traitement : dans les cas récents, la chute thermique s'obtient en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Si la médication ne donne pas de résultat, il y a lieu de craindre la formation d'un phlegmon ou le début d'une septicémie.

E. VOGT.

Tétanos consécutif à de petites lésions de la face (*Soc. de ch.*, 24 juillet 1907). —

La région des doigts n'est pas la seule où l'on observe l'apparition de tétanos pour des plaies minimes, telles que la piqûre d'une aiguille, comme M. Routier vient d'en citer un cas.

M. Dupuy (de Genève) adresse à la Société deux observations, montrant qu'un malade ayant une vaste plaie de la face souillée de terre a guéri sans incident. Ce malade avait été injecté préventivement. En regard de ce cas, un autre sujet qui n'avait que d'insignifiantes écorchures de la face eut le tétanos le dixième jour. Vu la légèreté des lésions, on n'avait pas injecté le sérum antitétanique. Le cas de M. Routier est à citer, car, dès l'apparition du trismus, le traitement sérothérapique joint au chloral à hautes doses, avec isolement du malade dans l'obscurité, aboutit à la guérison. Ce fait paraît en faveur du traitement, le tétanos une fois déclaré.

A. Benoît.

Le vin et la fièvre typhoïde, par Carles (*Rép. de pharmacie*, 10 juillet 1907). — Les recherches de l'auteur, faites en collaboration avec le professeur Sabrazès et M. Marcandier, démontrent que les vins purs exercent une action puissante sur le bacille d'Eberth; les vins blancs sont plus actifs que les rouges, et les champagnes tiennent le premier rang.

C'est le degré d'acidité totale qui constitue l'agent éberthicide prépondérant; il est facile de s'en assurer en diminuant cette acidité à l'aide d'un alcalin. Le degré alcoolique n'a guère d'influence. La température joue aussi un rôle; à 15°, un vin vieux est moins antiseptique qu'à 37°.

Si l'on fait le mouillage du vin à l'avance, le vin a le temps de tuer le bacille d'Eberth pouvant exister dans l'eau potable; il est donc utile de préparer à l'avance, dans les pensionnats, l'*abondance* servie aux élèves.

Il résulte de ces constatations que l'administration du vin aux typhiques est indiquée : dans les cas où ces malades supporteraient mal l'alcool, il est facile de chasser ce dernier par l'ébullition, et d'ajouter de la cannelle et du jus de citron pour rendre la boisson plus digestible.

E. Vogt.

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Des anémies pernicieuses, par M. Plehn (*Soc. de méd. de Berlin*, 15 mai 1907). — M. Plehn pense que les anémies pernicieuses se reconnaissent aux signes suivants : diminution du nombre des globules rouges, teneur en hémoglobine en général normale.

La diminution du nombre des globules blancs serait, en outre, plus grande que celle des globules rouges. (Le chiffre des globules blancs pourrait, dans certains cas, tomber au-dessous de 1.000.) Enfin on noterait une absence presque complète de plaquettes sanguines.

M. Ehrlich et ses élèves ne diagnostiquent une anémie pernicieuse que lorsqu'ils constatent la présence, dans le sang, de macrocytes nucléés ou non, c'est-à-dire de mégaloblastes et de globules géants. Cette notion, d'après M. Plehn, serait inexacte. Il pense, en effet, que la cause initiale de l'anémie pernicieuse ne réside pas dans le sang. Cette maladie serait due à une intoxication générale survenant chez des sujets présentant de l'anachlorhydrie.

Le traitement que conseille M. Plehn est en rapport avec la pathogénie qu'il donne de l'affection : il conseille, en effet, le traitement antitoxique, déjà recommandé par M. Grawitz, et qui consiste en lavages de l'intestin et en un régime végétarien.

Pierre Sée.

Insuffisance thyroïdienne (Huit cas de myxœdème atténué ou partiel), par MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild (*Soc. méd. des hôp.*, 17 mai 1907). — Les auteurs citent huit cas d'insuffisance thyroïdienne qu'on peut résumer ainsi :

1° Jeune fille de 19 ans, qui présentait du myxœdème tégumentaire, et qui, mise pendant quatre ans à l'opothérapie thyroïdienne, avait grandi de 27 centimètres;

2° Myxœdème avec albuminurie, hémiplégie droite et hystérie;

3° Myxœdème atténué et neurasthénie chez une femme de 52 ans;

4° Myxœdème tégumentaire, arriération mentale et auto-infection. Ce dernier syndrome disparut grâce à l'opothérapie;

5° Myxœdème paroxystique chez un sujet

hypothyroïdé, appartenant à une famille d'hypothyroïdés;

6° Myxœdème fruste avec épilepsie. Infantilisme dans la famille;

7° Myxœdème avec incontinence d'urine, bégaiement, arriération mentale et retard de développement;

8° Enfant de deux ans et demi présentant de l'hypothyroïdie et qui fut rapidement amélioré par l'opothérapie.

De ces observations les auteurs concluent, qu'outre le grand myxœdème et le myxœdème fruste, il existe de nombreux états pathologiques qu'on rattache à l'hypothyroïdisation. Ils pensent qu'entre le myxœdème et l'état de santé, il existe tous les intermédiaires, notamment le myxœdème fruste, l'infantilisme, l'arriération physique et mentale, l'hypothyroïdie bénigne chronique (neurasthénie, arthritisme), l'hypothyroïdie paroxystique; l'hypothyroïdie minima.

L'œdème peut n'apparaître que tardivement; il peut également disparaître sous l'influence du traitement, ou être transitoire et paroxystique, aussi les auteurs proposent-ils de remplacer le terme de *myxœdème* par celui d'*insuffisance thyroïdienne* (avec ou sans myxœdèm, permanent ou transitoire.)

PIERRE SÉE.

Thérapeutique et hygiène du goutteux en dehors des accès de goutte, par M. NIGAY (*Journal de médecine de Paris*, n° 26, 30 juin 1907, p. 248). — Le traitement de la goutte, en dehors des accès, comprend un régime, des moyens hygiéniques et des médicaments.

1° *Régime*. Les aliments autorisés sont : viandes blanches ou rouges, en petite quantité et à un seul repas, beurre frais, lait, œufs, caviar, riz, pommes de terre, fruits mûrs, pain en petite quantité, orange, citron. Comme boissons : eau, vin blanc léger coupé, thé, café.

Les aliments interdits sont : viandes noires, gibier, foie, rognons, cervelle, ris de veau, laitance, mets épicés, conserves, graisses, charcuterie, crustacés, tomates, oseille, épinards, asperges, champignons, fromages avancés.

2° *Hygiène*. On prescrira les exercices modérés, des frictions sèches matin et soir, des massages prudents.

3° *Médicaments*. On ordonnera les alcalins qui favorisent la diurèse, les sels de lithine qui transforment l'urate de soude en urate de lithine très soluble. L'auteur prescrit, pendant quinze jours, l'usage quotidien d'une demi-bouteille de Célestins dans laquelle on dissout :

Carbonate de lithine, 0,50 centigrammes.

Pendant quinze autres jours, 50 centigrammes d'iodure de potassium.

Lorsque le malade est anémié, on peut avoir recours aux toniques, aux ferrugineux, au quinquina.

Pour éviter la constipation, on donnera, tous les cinq ou six jours, un des cachets :

Poudre de coloquinte.	} ââ	0,05 centigr.
Poudre d'aloès.....		
Poudre de rhubarbe..	} ââ	0,40 centigr.
Poudre de cascara...		

PIERRE SÉE.

Un cas de leucémie lymphatique guéri par la radiothérapie, par M. KIENBÖCK (*Soc. des méd. de Vienne*, 1er juin 1907). — M. Kienböck présente à la Société un sujet qui fut guéri d'une leucémie lymphatique par la radiothérapie.

Ce malade, quatre années auparavant, était très affaibli et présentait des tuméfactions ganglionnaires. L'examen du sang fut fait deux ans avant cette présentation et donna les chiffres suivants :

5 millions de globules rouges,
185.000 globules blancs,
Teneur en hémoglobine de 15,9 %

L'auteur, à ce moment, institua des applications de rayons Rœntgen. A la suite de ce traitement, les ganglions et la rate diminuèrent de volume, le nombre des globules rouges s'abaissa, et l'état général se releva.

M. Kienböck fait remarquer que, le traitement ayant été interrompu pendant quelque temps, les symptômes reparurent. De nouvelles applications de rayons X les fit disparaître.

PIERRE SÉE.

Myxœdème familial (*Dysthyroïdie familiale*), par M. APERT (*Soc. méd. hôp.*, 24 mai 1907). — M. Apert présente à la Société médicale des hôpitaux une petite fille de sept ans et demi, atteinte de myxœdème franc. L'enfant, de plus, est très retardée dans son développement : à la juger par sa taille et son intelligence, on lui donnerait trois ans.

La mère a aussi de la dysthyroïdie : en effet, outre les symptômes d'hypothyroïdie,

elle a des signes d'hyperthyroïdie (agitation, tachycardie, loquacité, règles abondantes, fréquentes et qui ont été précoces). L'enfant présente également, depuis six mois, un léger écoulement menstruel.

PIERRE SÉE.

Emploi de l'adrénaline contre le diabète insipide (*Sem. méd.*, n° 21, 22 mai 1907, p. 249). — On a proposé un grand nombre de traitements contre le diabète insipide ou polyurique. Ils ont tous donné des résultats encourageants, ce qui a permis de supposer que leur action était surtout psychique. Certains médicaments, cependant, semblent posséder une action curative réelle et basée sur des propriétés physiologiques : l'*ergotine*, par exemple, et surtout l'*adrénaline*, qu'a employée pour la première fois M. Varanini (de Parme). Ce praticien a observé un malade âgé de 27 ans, diabétique depuis l'âge de 16 ans et présentant de la polyurie et de la polydipsie. L'ingestion quotidienne de cinq à dix gouttes d'adrénaline à 1 p. 1000 fit cesser la soif et diminua la quantité d'urine, sans modifier la pression artérielle

PIERRE SÉE.

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT,
Ancien interne des hôpitaux.

Lésions chirurgicales du pneumogastrique (*Soc. de ch.*, 24 juillet 1907). — On peut juger, sur quelques cas relatés par MM. Tuffier et Morestin, de la gravité que présente la section du nerf pneumogastrique, au cours des opérations cervicales. Tandis que le premier de ces opérateurs a pu constater que l'excitation simple du nerf par traction amène un arrêt momentané du cœur avec syncope et que la section est suivie d'accidents pulmonaires mortels (un cas), le second a pu le sectionner trois fois, en enlevant des sarcomes du cou, et voir deux de ses opérés survivre. Ces patients ne présentaient comme troubles consécutifs qu'un peu de raucité de la voix. La mort est attribuée, dans le troisième cas, à la résection de la carotide primitive, plutôt qu'à la section du pneumogastrique.

A. BENOÎT.

Le traitement par hyperémie de Bier, par SCHLATTER (*Corresp.-Bl. f. Schweitzer Ärzte*, 1er juillet 1907). — L'auteur dispose de plus de deux cent cinquante cas traités par les trois modes d'application usuels, l'air chaud, la ventouse, la bande élastique.

Air chaud. — On peut obtenir à bon marché des boites en bois non résineux, badigeonnées à l'intérieur d'une solution de silicate, et dans lesquelles on obtient des températures atteignant 120°. Ce traitement est fort bien supporté et rend de grands services en cas de raideurs articulaires, de fractures, luxations, phlegmons, etc. Après la séance, les mouvements passifs et actifs du membre malade s'exécutent avec beaucoup plus d'aisance.

Dans tous les cas d'arthrites chroniques à base rhumatismale ou gonococcique, dans l'arthrite déformante, etc., les résultats sont remarquables ; ils ont paru nuls dans l'ulcère de jambe.

Ventouses. — On les applique pendant cinq minutes, puis on les enlève pendant trois minutes, et ainsi de suite pendant trois quarts d'heure à une heure tous les jours. Ce traitement convient surtout aux mastites, aux furoncles, aux pustules malignes, aux abcès et aux fistules.

Sur quinze cas de mastite, il y eut deux insuccès, sept cas où la méthode ne sembla pas agir plus énergiquement que les procédés usuels, et six cas où la guérison fut rapidement obtenue.

Les furoncles bénins donnent des succès incontestés; malheureusement, la méthode exige beaucoup de temps si on veut l'appliquer dans toute sa rigueur : l'auteur préfère les grandes incisions, l'évacuation du bourbillon par pression ou curettage et l'application des ventouses au cours de la cicatrisation.

Bande. — On doit toujours sentir le pouls artériel dans le membre traité, et le patient ne doit sentir ni froid ni engourdissement. La couleur du membre doit être bleu rougeâtre, même rouge foncé. La durée des séances est d'autant plus longue que le cas est plus aigu.

La tuberculose a donné à l'auteur peu de satisfaction ; les malades de Zurich n'ont pas la patience que montrent ceux de la clinique de Bonn : trois cas seulement sur trente-sept furent guéris.

Les résultats sont bien plus encourageants dans les cas d'inflammations aiguës :

il est vrai que tout dépend de la façon dont la bande est placée ; en général, on la serre trop. Son application doit provoquer une diminution sensible de la douleur. Les panaris, compliqués ou non de lymphangite, guérissent rapidement ; souvent, de minimes incisions suffisent.

Sur vingt-six phlegmons, neuf ne purent être utilisés par la statistique : les dix-sept autres, traités par de larges incisions suivies d'application de la bande, guérirent d'une façon satisfaisante.

La bande fait disparaître très rapidement les douleurs tenaces qui se manifestent pendant deux ou trois jours après les sutures de tendons. Les résultats sont parfois étonnants dans ces cas.

Dans la lymphangite, l'influence est aussi très bonne.

En résumé, l'auteur croit pouvoir émettre comme règle que les insuccès ressortissent presque toujours aux cas d'infections graves. Il n'est pas possible de serrer le problème de plus près, parce que nous ne pouvons déterminer exactement la force de résistance de l'organisme. C'est le streptocoque qui semble le plus résistant à l'action hyperémique.

L'effet de la stase est surtout remarquable au début d'une inflammation. L'auteur est absolument convaincu de l'action bactéricide de l'hyperémie.

La méthode restera sans doute confinée à la clinique, car elle exige trop de surveillance pour être utilisable en policlinique ou en clientèle privée, en dehors de quelques cas.

E. Vogt.

Le traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire par la thiosinamine, par Langemak (*Münch. med. Woch.*, 9 juillet 1907). — Le traitement ordinaire de la maladie de Dupuytren par la thiosinamine est très long et douloureux ; aussi l'auteur a-t-il cherché à le modifier. S'il s'agit d'un malade sensible, il conseille de pratiquer l'injection et de distendre les brides cicatricielles en employant l'anesthésie générale par l'éther. On commence par injecter une solution à 10 p. 100 dont on peut ensuite augmenter le taux sans dépasser 20 p. 100. Dans quelques cas on a signalé à la suite des injections une élévation de température, des troubles de l'état général, de la perte d'appétit, de la fatigue, tous symptômes qui n'apparaissent pas quand le malade a été habitué progressivement au médicament. 1 cc. de la solution aqueuse à 10 p. 100 suffit toujours pour une injection à la fois dans le foyer malade. Le médicament ne doit pas être injecté trop près de la peau, car il pourrait occasionner une mortification superficielle, il faut donc toujours l'injecter sous la peau.

L'urine doit toujours être examinée au point de vue du sucre avant le traitement, en raison des accidents locaux qui peuvent se montrer chez les diabétiques.

Dans certains cas où les nodosités sont épaisses et où il existe des adhérences avec la peau, il devient nécessaire de recourir au bistouri, mais les résultats sont meilleurs et plus rapides si en même temps on a recours à la thiosinamine pour assouplir le tissu inodulaire et pour empêcher les récidives.

Dans tous les cas il est nécessaire que le patient maintienne le résultat par des bains d'eau savonneuse chaude et par l'extension légèrement forcée des doigts.

L. Jumon.

Les traumatismes du poignet, avec luxation du semi-lunaire en avant et fracture du scaphoïde (*Soc. de ch.*, 31 juillet 1907). — La complication des fractures du poignet est telle que les descriptions classiques ne correspondent plus à la réalité des faits observés. Voici deux nouveaux cas, rapportés par M. Demoulin, au nom de M. Romillois. Après chute de cheval, il y eut luxation du semi-lunaire, en avant, avec fracture du scaphoïde. L'aspect des poignets ferait songer à l'entorse, si l'examen radiographique n'était là pour montrer les lésions de fracture. La *réduction* est le plus souvent difficile et, quoi qu'on fasse, les blessés conservent une saillie antérieure qui limite ultérieurement les mouvements d'extension des doigts. On peut même dire, avec M. Delbet, que c'est du degré de luxation du semi-lunaire que dépend la réduction. Si cette luxation est complète, *l'extirpation* est l'unique moyen de restaurer les fonctions du poignet.

A. Benoît.

Luxation ancienne du coude (*Soc. de ch.*, 24 juillet 1907). — A la suite d'une relation d'*hémirésection* du coude, avec *interposition musculaire*, faite par M. Jacob (médecin militaire), un échange d'observations a lieu

entre MM. Bazy, Quénu et Kirmisson ; la majorité se rallie à la nécessité, en cas de luxation ancienne, irréductible et ankylosée du coude, de se borner à réséquer l'extrémité inférieure de l'humérus. Mais, pour la plupart, et surtout si une ankylose du coude se reproduit après une première résection, on ne peut obtenir le rétablissement des fonctions qu'en ayant recours à l'interposition musculaire (brachial antérieur).

M. Quénu fait toutefois observer que le plus ou moins de tendance des sujets à produire des ostéophytes doit entrer en ligne de compte et que la résection partielle peut être traitée avec chances et succès, sans faire d'interposition musculaire.

A. Benoît.

Chirurgie des voies biliaires (*Soc. de chir.* 10 juillet 1907). — On sait que le drainage des voies biliaires tend à se répandre de plus en plus et qu'il est dirigé soit contre la lithiase hépatique, soit contre des accidents de rétention biliaire causés par une angiocholite suppurée. MM. Routier et Japy ont rapporté quelques cas de ces diverses origines dans lesquels le drainage a parfois dû être réalisé par deux fois, avant d'aboutir à des résultats définitifs pour la plupart excellents.

M. Hartmann, particulièrement bien documenté sur ce sujet, n'exprime pas une opinion nette en ce qui concerne l'infection simple des voies biliaires, sans calculose. Il ne veut pas tirer de conclusions des quelques cas dans lesquels il est intervenu. Mais, en ce qui concerne la lithiase biliaire, il croit que l'opération peut être limitée à la vésicule, lorsque celle-ci contient seule des calculs. Il est important de noter que sa statistique assez bien fournie montre que la *cholécystotomie* suivie ou non de *cholécystectomie* a donné, au point de vue de la guérison sans récidive, des résultats supérieurs à ceux de la cholédocotomie.

A. Benoît.

Traitement opératoire des vieilles fistules ano-rectales complètes extra-sphinctériennes sans incision du rectum, par M. Jeanne (*La Normandie médicale*, n° 6, 1907). — On sait que les fistules rectales sous-muqueuses guérissent par la mise à nu du trajet. Beaucoup de praticiens sont arrêtés, par contre, lorsqu'il s'agit de fistules ischio-rectales ou extra-sphinctériennes, par la crainte de produire l'incontinence des matières et des gaz, en incisant le sphincter anal. On cherche donc depuis quelques années à guérir les fistules de ce genre, soit borgnes, soit complètes, par l'incision et l'excision large de tous les tissus malades. M. Jeanne cite trois observations identiques dans lesquelles il eut des guérisons complètes, à la condition : d'ouvrir très largement le creux ischio-rectal, de poursuivre l'excision des callosités qui logent la fistule jusqu'au dessus de l'abouchement rectal ; de ménager la paroi rectale en faisant cette dissection ; de tamponner d'une manière très serrée toute l'étendue de la plaie, enfin d'assurer *soi-même* la régularité des pansements pendant un temps qui peut atteindre plusieurs mois, dans certains cas.

A. Benoît.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr Pierre Sée,
Lauréat de la Faculté.

Le traitement électrique des dyspepsies, par le Dr Leullier (*Journ. de méd. de Paris*, n° 25, 23 juin 1907, p. 239). — La *galvanisation rythmée* et non continue et la *galvano-faradisation* sont indiquées, qu'on les emploie séparément ou qu'on les associe, dans le traitement des dyspepsies. Elles sont indiquées, en particulier, chez les dilatés, les atones, les dyspeptiques, avec fermentations gastriques et les hyper et hyposténiques présentant des troubles sécrétoires.

D'après M. Max Einhorn, le *faradique* augmenterait la sécrétion du suc gastrique, mais n'aurait que peu d'influence sur l'acidité. Le *galvanique* produirait, à la cathode, des effets inverses.

La galvanisation et la galvano-faradisation agiraient en régularisant le chimisme gastrique et en diminuant l'atonie de la paroi.

Le pôle le plus actif, pour produire des contractions, est le pôle positif. Pour obtenir le maximum d'effet, on l'utilisera avec les rythmes rares plutôt qu'à l'état permanent.

Le pôle négatif agit plus spécialement sur l'innervation et les sécrétions.

M. Leullier recommande la technique suivante : on remplit l'estomac avec un litre d'eau salée. On introduit ensuite une électrode intra-stomacale (sonde de Bardet modifiée) et on relie, suivant les cas, soit au pôle positif, soit au pôle négatif. Le courant doit varier de 5 à 30 milliampères. On fait pendant quinze minutes des interruptions rares, puis on continue par une galvanisation d'égale durée, en se servant de la bobine à gros fil. On fait ensuite quelques inversions de courant, on aspire le liquide contenu dans l'estomac, et on complète par de la sismothérapie, prolongée quelques minutes, sur la région épigastrique.

L'auteur conseille de grouper les séances par séries de 20. Dès la cinquième ou sixième séance, l'eau de lavage est ramenée sans débris alimentaires, ce qui est la preuve que la stase gastrique a cessé.

D'après M. Leullier, ces résultats favorables s'expliqueraient :

1° Par la gymnastique des muscles de la paroi ;

2° Par l'excitation sécrétoire vaso-motrice et sensitive produite par le courant.

PIERRE SÉE.

La gastromyxorrhée, par le Dr CHEINISSE (de Paris) (*Semaine médicale*, n° 23, 5 juin 1907, pp. 265-267). — La sécrétion du mucus gastrique a été surtout étudiée en Allemagne. Les médecins allemands considèrent l'hypersécrétion du mucus comme l'un des signes principaux du *catarrhe* de l'estomac.

La quantité exacte de mucus sécrété par l'estomac est souvent difficile à évaluer. Le mucus stomacal, en effet, est digéré par le suc gastrique acide ; il en résulte qu'une même quantité de mucus peut, suivant le degré de l'acidité, paraître plus ou moins abondante. Il n'est également pas toujours possible de juger si le mucus retiré de l'estomac est d'origine gastrique (mucus endogène) ou s'il provient, au contraire, de la déglutition de sécrétions salivaires, pharyngiennes, œsophagiennes, etc. (mucus ectogène). On estime, en général, que le mucus qui surnage à la bouillie alimentaire, après l'extraction d'un repas d'épreuve, est d'origine extra-gastrique, tandis que celui qui reste mêlé aux aliments provient de l'estomac.

L'état du mucus contenu dans l'estomac, d'après M. Cheinisse, ne dépendrait que partiellement de l'acidité. Ce praticien admet que le mucus est sûrement d'origine gastrique lorsqu'il est très abondant. La sécrétion exagérée de mucus constitue alors un état morbide spécial, la *gastrosucorrhée muqueuse ou gastromyxorrhée*. Ce syndrome serait très fréquent ; il serait caractérisé, selon M. Dauber, par la sécrétion continue du mucus gastrique. La muqueuse gastrique, à l'état normal, réagit aux irritations en sécrétant du mucus ; mais la gastromyxorrhée n'existe que lorsque la sécrétion devient permanente, de même qu'il y a gastrosucorrhée lorsque la sécrétion du suc gastrique, intermittente à l'état physiologique, devient continue.

Pour qu'il y ait gastromyxorrhée, il faut, d'après M. Kutner, que la sécrétion du mucus dépasse 25 centimètres cubes. Ce chiffre n'a rien d'absolu.

La gastromyxorrhée peut, en clinique, revêtir deux formes : la forme intermittente et la forme continue.

1° *La forme intermittente* revient par accès, à intervalles irréguliers, et dure environ un jour. Dans certains cas, elle s'est prolongée jusqu'à douze jours.

Elle est caractérisée par les signes suivants : début en général brusque (quelquefois prodromes, tels que céphalalgie, nausées, anorexie). Vomissements violents renfermant des matières visqueuses, mais jamais de débris alimentaires. Intolérance gastrique absolue, douleurs modérées au niveau de l'estomac, abdomen rétracté, pouls petit, langue sèche, urines peu abondantes.

Dans l'intervalle des accès, les sujets n'éprouvent aucun trouble dyspeptique.

2° *La forme continue* est plus fréquente, mais elle n'est pas autonome et l'hypersécrétion continue, ne se traduit par aucun symptôme particulier. Le tableau clinique est alors dominé par les manifestations de la maladie principale qui cause la gastromyxorrhée (hyperchlorhydrie, hypochlorhydrie, gastrosucorrhée, atonie gastrique, gastrite catarrhale chronique, névrose de l'estomac, ulcère gastrique avec ou sans sténose du pylore, etc.).

Le *traitement* de la gastromyxorrhée continue se confond avec celui de la maladie principale dont relève l'hypersécrétion muqueuse.

Le traitement de la gastromyxorrhée intermittente diffère selon que le malade est ou n'est pas à l'état de crise.

1° *Pendant les crises*, pour faciliter l'éva-

cuation des masses muqueuses, on pratiquera le lavage de l'estomac. Les médicaments, tels que cocaïne, menthol, etc., ne produisent, bien que couramment employés, aucun effet.

Les injections sous-cutanées de morphine associée à l'atropine donnent, au contraire, souvent de bons résultats.

Dans les cas graves, et s'il y a des tendances au collapsus, on fera des injections avec la solution physiologique de chlorure de sodium, ou avec de l'huile camphrée.

2° *Dans l'intervalle des accès*, on cherchera surtout à prévenir le retour des crises.

On recherchera, à cet effet, pour le traiter, l'état local ou général (nervosisme, etc.), sous la dépendance duquel semble être la gastromyxorrhée.

PIERRE SÉE.

Médication spéciale des fermentations digestives anormales, par BARDET (*Bull. gén. de thérapeutique*, 30 juillet 1907). — Lorsque ces fermentations sont très accentuées, il est nécessaire de les traiter; autrefois on utilisait dans ce but des antiseptiques, tels que le benzonaphtol, le salol, etc. L'auteur est aujourd'hui revenu des opinions qu'il professa jadis à leur sujet, car il a constaté leur inutilité. Il existe toutefois certains antiseptiques capables d'empêcher la production d'acide lactique ou butyrique.

1° *Fluorure d'ammonium*. Ce produit, de faible toxicité, est d'emploi courant dans les brasseries et distilleries comme antifermentescible. On prescrira, en cas de fermentation lactique :

Fluorure d'ammonium.	0,20 à 0,50 gr.
Eau distillée.....	300 gr.

Une cuillerée à soupe à la fin du repas.

2° *Iodure double de bismuth et cinchonidine* ou *érythrol*. Cette poudre rouge, insoluble dans l'eau, sert à combattre la fermentation butyrique. On prescrira :

Iodure double de bismuth et cinchonidine.....	0,02 à 0,10 gr.
Fluorure de calcium..... ..	0,02 à 0,10 gr.
Craie préparée...	0,10 gr.

Pour un cachet n° 20.

Un cachet à la fin de chaque repas.

3° *Iodure de soufre*. En cachets de 0,10 grammes, pris au moment du repas, il combat les fermentations s'accompagnant de flatulence vraie, c'est-à-dire caractérisée par l'émission à intervalles rares, mais réguliers, de gaz fabriqués dans l'estomac. Le médicament n'a pas d'action chez les aérophages, dont les éructations sont presque continuelles.

4° *Soufre*. Le soufre lavé enraie la fermentation lactique et stimule les contractions intestinales : on le donnera en cachets mélangé à parties égales de magnésie calcinée, à la dose de 1 gr. à chaque repas.

On évitera dans le régime les fruits crus : on diminuera les fécules et les sucres. Les fruits crus seront toutefois mieux supportés si on les ingère le matin, car alors ils sont assimilés bien mieux que lorsqu'ils sont mélangés à d'autres aliments.

En outre, en donnant les fruits au début du repas, on apaise la faim sur un aliment qui pousse peu à la fabrication de suc gastrique, et on mange ensuite moins de viande.

E. VOGT.

La levure de bière contre les vomissements (*Journal de médecine de Paris*, n° 23, 23 juin 1907, p. 238). — Le Dr Debouzy (de Wignehies) recommande, contre les vomissements, l'emploi de la levure de bière.

Il conseille de l'administrer de la manière suivante :

On met dans un verre quelques cuillerées à soupe de levure fraîche et deux ou trois morceaux de sucre ; on remplit ensuite le verre avec de l'eau ou de la bière, puis on chauffe le mélange à 40 degrés. On attend ensuite que la fermentation soit devenue active, ce qui demande quelques minutes. Le médicament est alors prêt à être absorbé.

La levure de bière, une fois ingérée, détermine, dans l'estomac, un dégagement considérable de gaz carbonique. L'estomac se dilate progressivement puis s'exonère par des éructations. Les nausées et les vomissements sont ainsi rapidement arrêtés.

La levure de bière a l'avantage de former, dans l'estomac, une quantité d'acide carbonique considérable. Cette quantité est plus grande que celle que dégage la potion de Rivière ou l'eau de seltz.

PIERRE SÉE.

Thérapeutique médicale de l'ulcère de l'estomac, par M. LERICHE (*Journ. de méd. de Paris*, n° 20, 19 mai 1907, p. 188). — La thérapeutique de l'ulcère de l'estomac doit répondre à trois indications :

1° Arrêter l'hémorragie ;
2° Calmer les douleurs ;
3° Aider à la réparation et à la cicatrisation de l'ulcère.

La *cure de repos absolu* suffit à réaliser ce critérium.

On alimentera le malade par voie rectale. Lorsque les lavements sont bien absorbés, la quantité d'urine doit être, par vingt-quatre heures, de 500 à 600 grammes, au minimum. Dans les cas où elle tomberait au-dessous de ce chiffre, on ferait des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Les *lavements d'eau à 44°* faciliteraient, selon M. Tripier, l'arrêt de l'hémorragie. Les *hémostatiques internes* (Eau de Rabel, perchlorure de fer) n'auraient, sauf peut-être le chlorure de calcium, aucune efficacité. Le chlorure de calcium se donne, soit par la bouche, soit en lavements, à la dose de 1 à 2 grammes dans 250 grammes d'eau.

Lorsque la cure de repos ne suffit pas à calmer les douleurs, on prescrira le *sous-nitrate de bismuth* à la dose de 20 grammes par jour, en deux fois. Le malade prendra ce médicament à jeun, et se couchera ensuite successivement, pendant 15 minutes sur le côté droit, le côté gauche, le ventre et le dos. Le bismuth a l'avantage de favoriser indirectement la cicatrisation.

Si les hémorragies se répètent, on aura recours à l'*ergotine* (1 à 3 grammes), soit par la bouche, soit en injections sous-cutanées ou intraveineuses. On peut aussi employer l'*ergotinine*.

L'*adrénaline* donne aussi de bons résultats. On la prescrira soit par la bouche, à la dose de VI gouttes d'une solution à 1 p. 5000, soit en injection hypodermique dans un centimètre cube d'eau distillée.

Le *sérum gélatiné* a quelquefois produit des accidents infectieux, dus sans doute à sa préparation défectueuse.

Si l'hémorragie est grave, si on observe des tendances syncopales et de la faiblesse du pouls, on mettra le malade la tête basse, on mettra une vessie de glace sur l'abdomen et on fera des injections sous-cutanées d'éther, de caféine, de sérum artificiel et des injections intraveineuses d'eau salée, ou même la transfusion du sang.

Le repos absolu de l'estomac, prolongé dix jours, suffit en général à guérir l'ulcère. On mettra ensuite le malade, pendant six semaines à deux mois, au régime lacté absolu. On associera ensuite le lait, selon le conseil du prof. G. M. Debove, à la poudre de viande alcalinisée, à la dose quotidienne de 25 à 75 grammes. Pour préparer un repas, il suffit de délayer 25 grammes de poudre de viande dans du lait, d'alcaliniser avec 10 grammes de bicarbonate de soude et d'aromatiser avec de la menthe. Le malade prendra, outre le lait, un à trois de ces repas par jour.

PIERRE SÉE.

Rapports de la sécrétion gastrique et de la sécrétion rénale, par MM. ENRIQUEZ et AMBARD (*Soc. de Biol.*, 18 mai 1907). — Dans la période aiguë des néphrites, il peut se présenter deux cas. La néphrite peut être grave; la sécrétion gastrique est alors diminuée ou même abolie; la néphrite, peut être légère, et dans ce cas elle coïncide souvent avec une hypersécrétion gastrique intense.

De plus, des sujets ayant eu une néphrite légère présentent souvent, dans la suite, quoique guéris de leur atteinte rénale, une hyperchlorhydrie marquée. Cette augmentation de l'acidité gastrique n'est, en général, accompagnée d'aucun symptôme fonctionnel.

De ces faits, MM. Enriquez et Ambard concluent que l'hyperchlorhydrie est souvent due à des troubles de la sécrétion rénale.

Le traitement déchloruré, qu'on prescrit contre la néphrite, suffit d'ailleurs le plus souvent à modifier l'état gastrique.

La déchloruration exalte la sécrétion de l'estomac atteint de gastrite chronique : elle constitue donc un traitement rationnel de l'hypochlorhydrie. Elle réduit, de plus, l'hypersécrétion et diminue l'hyperchlorhydrie. Cette action explique, ainsi que l'ont signalé plusieurs auteurs, la diminution, sous l'influence du régime déchloruré, des douleurs de l'hyperacidité gastrique.

PIERRE SÉE.

Action du régime végétarien sur la durée et l'acidité de la sécrétion gastrique, par M. SCHLOSS (DE WIESBADEN) (*XXIV° Congrès allem. de Méd. interne, tenu à Wiesbaden du* 15 *au* 18 avril 1907). — M. Schloss, à la suite d'expériences sur les animaux, a constaté que le régime carné augmente l'acidité du suc gastrique. Au contraire, le régime végétarien, surtout s'il est continué pendant un certain temps, régularise la sécrétion et diminue l'acidité; aussi l'auteur conseille-t-il l'alimentation végétarienne qui

est, à ses yeux, plus hygiénique que le régime carné.

PIERRE SÉE.

Le sous-nitrate de bismuth dans le traitement des gastropathies et entéropathies, par le Prof. HAYEM (*Conférence faite à la Société de l'Internat des hôpitaux de Paris*). — Le sous-nitrate de bismuth, qu'avaient employé contre l'ulcère gastrique Fleiner et Kussmaul en Allemagne, a été introduit en France par MM. Hayem et Mathieu. M. Hayem utilise le médicament dans l'ulcère du duodénum, l'ulcère de l'estomac, contre les douleurs de l'hyperchlorhydrie.

Le bismuth, dans le traitement de cette dernière affection, serait supérieur au bicarbonate de soude qui a l'inconvénient d'exagérer rapidement l'hyperchlorhydrie, après l'avoir momentanément calmée.

Enfin les douleurs de la gastrite médicamenteuse, de la gastrite éthylique, de l'ulcérocancer, du cancer de l'estomac diminueraient rapidement sous l'influence du sous-nitrate de bismuth.

Ce médicament atténuerait également la sialorrhée, les spasmes du pylore et l'aérophagie.

Fleiner et Kussmaul recommandent d'introduire, tous les matins, par la sonde œsophagienne, 20 grammes de bismuth et de faire varier plusieurs fois le décubitus du malade. M. Hayem se borne à conseiller 15 à 20 grammes de bismuth dans un demi-verre d'eau. Cette dose est légèrement laxative; elle est prescrite avec avantage dans la constipation, l'entérocolite muco-membraneuse.

L'action du bismuth s'expliquerait ainsi : le médicament protégerait la muqueuse de l'estomac en arrêtant la fermentation acétique. Il ne semble pas modifier l'hyperchlorhydrie. Dans l'intestin, il se combinerait avec l'hydrogène sulfuré en formant du sulfate de bismuth et en dégageant de l'acide nitrique naissant, qui posséderait des propriétés astringentes et antiseptiques.

On pourrait faire, à la dose de 20 grammes, un usage prolongé du bismuth.

M. Hayem enfin termine sa conférence par l'historique de la question. Il rappelle que ce sont les médecins français qui, à la fin du dix-huitième siècle, utilisèrent les premiers le bismuth en thérapeutique.

PIERRE SÉE.

Appareil pulmonaire. Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Effet produit par la sudation sur les artério-scléreux (*Bl. f. klin. Hydrotherapie*, juin 1907). — SELIG a cherché à reconnaître si l'opinion courante sur les dangers que fait courir à ces malades la sudation était fondée. Ses expériences ont porté sur des sujets atteints d'artério-sclérose marquée : le bain de lumière électrique ou le bain de vapeur en boîte provoquent toujours une augmentation de la fréquence du pouls, sans arythmie. Quant à la pression sanguine, elle diminua dans quatorze cas sur dix-sept, resta stationnaire dans deux et augmenta dans un. L'effet hypotenseur est surtout remarquable quand on arrive à des sudations abondantes. En moyenne, la chute fut de 22,6 millimètres Hg; dans un cas elle fut, au bout de vingt minutes, de 70 millimètres.

La respiration est peu modifiée en général.

Malgré de nombreuses expériences, l'auteur n'a pas enregistré le moindre accident : tout au contraire, après la douche écossaise en pluie terminant la séance, tous les artério-scléreux accusèrent une sensation de grand bien-être. La pression sanguine augmente lentement après la séance, mais n'atteint pas le chiffre primitif.

Si le traitement de l'artério-sclérose consistait dans l'abaissement de la pression, on posséderait dans la sudation une excellente méthode : malheureusement, tel n'est pas le cas. Mais on ne peut que recommander l'emploi du bain de lumière électrique : on commence par 30 à 35° et on augmente toutes les minutes la thermalité : la durée maximum du bain sera de vingt minutes. On placera sur la tête un appareil réfrigérant; on pourra aussi en fixer un sur la région précordiale.

Il est préférable de ne donner un bain que tous les deux jours.

Il est indiqué de choisir, pour le traitement par la sudation, les artério-scléreux présentant de l'athérome périphérique avec tonicité cardiaque conservée. Si l'aortite prédomine, il sera prudent de s'abstenir : en tout cas, la sudation ne provoque pas d'hypertension.

E. VOGT.

Traitement des névroses cardiaques, par GOLDSCHEIDER (*Zeitschr. f. diät. u. physik. Ther.*, V, 1907). — Les névroses cardiaques sont des états d'irritation et d'épuisement de l'appareil nerveux du cœur, presque toujours associés à des états irritatifs du système vasculaire. Le diagnostic différentiel avec les affections du myocarde s'appuie sur l'absence de toute lésion musculaire. Pour faciliter le diagnostic il est utile de faire marcher le malade ou de lui faire prendre un bain tiède avant l'examen.

Dans l'étiologie on retrouve souvent une disposition névropathique, la chlorose, la diathèse urique. Parmi les causes déterminantes il faut citer les traumatismes, le surmenage du cœur, les intoxications, les excès sexuels, même l'excitation sexuelle en dehors de l'acte, les excitations ayant leur siège dans l'estomac et l'intestin.

La première indication est de supprimer les influences qui ont provoqué la névrose cardiaque et sont propres à entretenir l'état neurasthénique de l'appareil nerveux du cœur. Il semble nécessaire de s'occuper souvent du malade sur l'état moral duquel il faut agir. Il ne faut pas paraître inquiet de son état et ne pas lui imposer des règles trop sévères, mais doser ses exercices suivant ses goûts et ses aptitudes. La gymnastique cardiaque renforce la force du myocarde et le cœur s'habitue à répondre efficacement à une plus grande dépense de forces. La gymnastique dans les névroses cardiaques a pour effet d'habituer l'appareil nerveux cardiaque à s'accommoder à l'activité qui est nécessaire et de faire disparaître ou d'atténuer les phénomènes de la sensibilité cardiaque. La disparition des sensations pénibles relève le moral du malade et augmente sa faculté au travail. La gymnastique consiste surtout dans des exercices libres et dans des exercices gradués de résistance. Il faut éviter les excès brusques et recommander les exercices respiratoires, surtout les respirations profondes.

On s'attachera à faire disparaître la dépression morale.

Dans le traitement de l'état irritatif des nerfs cardiaques, la réfrigération de la région cardiaque joue le principal rôle ainsi que la réfrigération de la nuque.

On aura recours encore aux demi-bains tièdes avec aspersions froides, aux bains progressivement refroidis, au drap mouillé, aux bains de siège. Le massage de la région cardiaque et la galvanisation par les courants faibles peuvent être utilisés avec profit. Il est parfois très utile d'appliquer un simple bandage compressif sur la région du cœur.

On assurera le sommeil surtout par des moyens physiques et par l'auto-suggestion; mais on peut aussi recourir aux médicaments, surtout aux préparations de valériane.

Les bains de siège sont indiqués dans les cas d'excitation sexuelle. On évitera les repas copieux le soir et on combattra la constipation.

Pendant l'accès le malade doit faire des respirations profondes, fera des inhalations de menthol et prendra des manuluves chauds. Enfin on recommandera comme traitement climatique les altitudes moyennes.

L. JUMON.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

La thiosinamine et le traitement de la surdité, par LERMOYEZ et MAHU (*Presse médicale*, juin 1907). — Les sourds, quant à la cause de la surdité, sont rangés, par les auteurs, dans trois classes: les labyrinthiques, les oto-scléreux et les oto-adhésifs, éliminant de la classification des lésions moins importantes de surdité qui sont cependant fréquentes chez les enfants.

a) Les labyrinthiques sont les artério-scléreux, des hypertendus dont l'oreille se comporte comme le cœur en faisant, tout d'abord, des crises de claudication intermittente, puis qui se laisse envahir par la sclérose progressive de tout le labyrinthe, dont la surdité irrémédiable est le témoignage.

Ces malades sont justiciables non du traitement local mais du traitement général de l'artério-sclérose.

b) Les oto-scléreux sont des héréditaires de la surdité; celle-ci commence chez eux de bonne heure. L'examen montre un tympan normal, car la lésion est plus profonde; elle est constituée par une ostéite de la capsule osseuse du labyrinthe (Politzer) produisant des hyperostoses qui obstruent les fenêtres

et étouffent les terminaisons du nerf auditif.

Contre une pareille lésion le traitement local se trouve aussi impuissant que le traitement général ; bien mieux le traitement local peut aggraver le trouble fonctionnel.

c) Les oto-adhésifs n'ont qu'une lésion locale qui se présente tout d'abord sous forme d'otite suppurée ou de poussées d'otite subaiguë qui laissent, à leur suite, des altérations qui déforment le tympan et immobilisent les osselets. L'examen révéle l'existence de grosses lésions objectives.

C'est dans de pareilles lésions que le traitement local peut donner de bons résultats ; la chirurgie intra-tympanique a presque toujours échoué ; il faut recourir à des moyens moins offensifs et à un médicament qui est loin d'être jeune, mais dont l'usage thérapeutique ne date que de quelques années : c'est la thiosinamine qui résulte de l'action de l'ammoniaque sur l'essence de moutarde ; ce produit est peu soluble dans l'eau froide, mais si on ajoute du salicylate de soude, il devient soluble dans la proportion de 15 p. 100 ; il constitue alors la fibrolysine.

M. Michel, de Paris, a remarqué que l'addition d'antipyrine à la thiosinamine donne naissance à un liquide incolore, indolore, sirupeux et plus soluble dans l'eau que la fibrolysine.

C'est de cette combinaison que se sont servis Lermoyez et Mahu dans la formule suivante :

Thiosinamine.....	15 gr.
Antipyrine.....	7 gr. 50
Eau distillée.....	100 gr.

La thiosinamine et ses composés jouissent de la propriété de ramollir les cicatrices, mais ils ne les détruisent pas ; ils ne sont donc qu'un adjuvant du traitement mécanique qui distend et assouplit les cicatrices. Ce produit a surtout été employé en injections sous-cutanées et il agit sur les tissus cicatriciels de toute l'économie ; on doit donc éviter son emploi quand certaines cicatrices, résultant d'une opération antérieure, sont à épargner ; c'est la seule contre-indication à son usage.

Après Synclair Tousey qui l'avait expérimenté avec succès en 1807, Lermoyez essaya le traitement sur 12 sourds, il y a cinq ans. Chacun des malades reçut au bras une série de 20 injections de 1/2 à 1 cc. de solution alcoolique de thiosinamine à 15 p. 100 ; les résultats furent nuls et ce mode de traitement fut abandonné par lui. D'autres auristes ont obtenu cependant des résultats encourageants, avec une technique différente et surtout par la sélection des malades : outre les injections hypodermiques, Sugar injecte par la sonde une solution glycérinée de thiosinamine à 1 p. 10 et obtient de bons résultats chez les oto-adhésifs.

Lermoyez et Mahu reprirent alors leurs essais qui furent satisfaisants, à la condition de ne s'adresser qu'à des cas d'otites adhésives, pures, cicatricielles ou catarrhales, d'adjoindre au traitement par la thiosinamine le massage du tympan. La technique adoptée est la suivante : le malade prendra, le soir, un bain d'oreille avec la solution chaude de thiosinamine suivant la formule indiquée plus haut et 2 fois par semaine le malade sera soumis au massage du tympan.

En général, l'amélioration est appréciable au bout de quinze jours, surtout quand il s'agit de lésions adhésives consécutives à une otorrhée et qu'une large perforation permet au liquide de pénétrer dans la caisse ; elle est moins rapide dans les cas d'otite catarrhale.

En cas d'insuccès, il faut recourir aux injections tubaires à la condition qu'il n'existe pas de large perforation du tympan ou que celui-ci ne soit pas accolé au promontoire ; dans ce dernier cas il faut commencer par l'aspiration pour libérer la membrane. On ne doit injecter par la sonde que 2 ou trois gouttes de la solution.

Les échecs de ce traitement sont dus soit à une faute de technique, soit à une insuffisance de diagnostic.

A. Courtade.

Deux cas d'entérite réflexe d'origine nasale, par M. Pierre Bonnier (*Soc. de Neurol.*, 4 juillet 1907). — M. Pierre Bonnier cite deux observations d'entérite muco-membraneuse. Le premier malade guérit par le traitement d'un coryza concomitant, le second grâce à la cautérisation du cornet inférieur.

L'auteur admet que ces deux observations doivent être rapprochées de ce qu'on observe dans l'asthme des foins, et des cas de dysménorrhée et d'aménorrhée qu'on peut guérir par le traitement nasal.

Pierre Sée.

Maladies vénériennes. Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE,
Médecin des hôpitaux.

Traitement local du lupus tuberculeux, par DANLOS (*Rev. intern. de méd. et de chirurgie*, 10 juillet 1907). — Actuellement, le lupus peut être attaqué par trois méthodes : irradiation, scarification, destruction.

L'*irradiation par la lumière* donne de belles cicatrices et n'est pas douloureuse, mais elle est inapplicable dans les grands lupus et exige des installations dispendieuses.

Les applications de *radium* (séance d'une demi à une heure, 2 ou 3 fois à 3 ou 4 semaines d'intervalle) constituent un procédé élégant et rapide pour les petits lupus de la face. Mais le prix du radium est élevé et l'on risque de provoquer des dermatites rebelles et douloureuses.

Les *rayons X* sont bien moins dispendieux et plus maniables : ils réussissent aussi bien que la lumière dans le lupus tuberculeux type sans tendance à l'ulcération, mais la guérison est toujours très longue. La scrofulide crustacée ulcéreuse maligne, surtout dans sa forme végétante, cède beaucoup plus rapidement. On peut aussi fort bien attaquer le lupus des muqueuses par ce procédé. Une radiodermite légère semble être utile pour accélérer la guérison.

L'*électricité* (effluves de haute fréquence) n'a rien donné à l'auteur : il est vrai que son appareil était à faible débit.

Scarification. Cette méthode ne s'applique guère qu'aux petits lupus, car les séances sont douloureuses. Les cicatrices sont parfaites, et les scarifications ignées sont surtout utiles dans le lupus des muqueuses.

Destruction. L'*ablation chirurgicale* est le meilleur procédé pour les petits lupus de la face, mais pour les lupus étendus, avec greffe de Thiersch ou autoplastie, le résultat, au point de vue esthétique, ne vaut souvent pas mieux que celui obtenu par les procédés médicaux.

Ignipuncture. Convient parfaitement au lupus des muqueuses et au lupus disséminé par petits éléments, quelle qu'en soit l'étendue, et dans les cas où le grattage est difficile.

Electrolyse. Inapplicable sur une plaque étendue ou s'il existe de petits foyers multiples, elle détruit facilement un tubercule isolé. L'auteur remplace ce procédé par celui des couples électrolytiques zinc — cuivre, qu'il prépare au moment du besoin. Il obtient, par une série de manipulations dont la description nous entraînerait trop loin, une masse ayant la consistance d'une pommade qu'on applique sur la surface lupique : on recouvre d'un tampon compressif et on maintient par une bande. Au bout d'une heure, le malade ressent des douleurs pouvant durer trente-six heures, et pendant lesquelles la surface traitée et les parties voisines enflent considérablement. Cette enflure tombe bientôt : on enlève alors le pansement compressif et l'on trouve la masse métallique incrustée dans les tissus. On recouvre d'un pansement et au bout de quelques jours, la suppuration fait tomber l'escarre : la réparation se fait ensuite avec une étonnante rapidité.

Ce procédé qui donne de très belles cicatrices et un minimum de délabrement a l'inconvénient de provoquer parfois des douleurs assez violentes pour exiger l'emploi de la morphine. En outre, les couples n'adhèrent pas toujours très bien, malgré un mode de préparation toujours identique.

Procédé mixte. On détruit par le raclage la plus grande partie du tissu malade et on détruit le reste par les caustiques. Parmi ceux-ci, l'auteur préfère le chlorure de zinc en deliquium, qui a l'avantage de respecter les parties recouvertes d'un épiderme sain. Il faut user largement du topique : la méthode est absolument indiquée dans les lupus gigantesques qui occupent la presque totalité de la figure ou des membres. La réparation est parfois très longue.

E. VOGT.

Maladies de la peau associées au diabète, par MALCOM MORRIS (*The Practitioner*, juillet 1907). — Les diabétiques sont particulièrement sujets à certaines maladies cutanées, soit par suite de l'action irritante de l'urine, soit par suite de leur état général. Leur ténacité est un de leurs caractères. Toutes les fois qu'une affection cutanée résiste au traitement il faut examiner l'urine. La peau chez le diabétique prend sa part des effets d'une mauvaise nutrition des tissus. La sécheresse qui accom-

pagne souvent le diabète la rend plus vulnérable à l'action des microorganismes. La diminution d'alcalinité du sang diminue son pouvoir bactéricide. D'un autre côté la transpiration chez les diabétiques favorise certaines éruptions.

Le premier point du traitement est d'agir sur l'état constitutionnel qui commande les éruptions. Comme traitement local les bains alcalins quotidiens sont particulièrement utiles. Ils doivent être pris tous les jours et le sujet doit rester longtemps dans le bain.

Des solutions faibles de permanganate de potasse ou de borate de soude doivent être appliquées plusieurs fois par jour, puis on saupoudrera les régions avec quelque poudre adoucissante, comme du sous-nitrate de bismuth ou de l'oxyde de zinc et on séparera avec de la mousseline les surfaces contiguës. Lorsque les symptômes aigus se seront amendés on appliquera une pommade à la résorcine. Les surfaces ulcérées seront traitées par de l'iodoforme, de l'aristol ou du xéroforme, après quoi on applique de l'oxyde de zinc ou du bicarbonate de soude. En général les applications humides sont contre-indiquées dans les cas de lésions diabétiques. Les lésions gangréneuses, le phimosi doivent être soignés d'après les principes de la chirurgie.

L. Jumon.

Traitement des accidents tardifs de la syphilis, par le prof. v. Zeissl (*Wien. klin. Rundschau*, n° 21, 1907). — Les accidents de ce genre s'observent surtout dans les provinces musulmanes d'Autriche, où le traitement spécifique est rarement appliqué ; il faut en excepter la syphilis des centres nerveux, qui est rare dans ces régions et paraît tenir à l'alcoolisme et au surmenage du système nerveux. L'auteur estime aussi que les traitements continus et exagérés favorisent les troubles neurasthéniques et peuvent déterminer des accidents dans la sphère des centres nerveux. Il estime qu'on ne doit instituer un traitement que dans les cas où existent des symptômes.

Les accidents tardifs doivent toujours être combattus localement, en dehors du traitement général ; ce dernier consistera, dans les cas où le malade a déjà été copieusement mercurialisé, en décoction de Zittmann, préparée avec de la salsepareille fraîche.

On évitera les accidents d'iodisme en administrant l'iodalbumose, la saïodine, les iodures alcalins sous forme pilulaire, ou en ajoutant 0,05 gramme de quinine à la préparation.

L'acné iodique se manifeste moins fréquemment quand on fait prendre le médicament après les repas et quand on donne en même temps de la levure de bière.

E. Vogt.

Maladies des voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Thérapeutique hydro-minérale des reins et des maladies des voies urinaires, par Finck (*Province médicale*, 29 juin 1907). — Les albuminuries liées à la fatigue et l'élimination de matières extractives irritantes ne commandent aucune thérapeutique. L'albuminurie intermittente cyclique par hyperactivité hépatique, le plus souvent sous la dépendance de la goutte, se manifeste par accès au moment de la digestion, elle est justiciable des eaux bicarbonatées fortes (Vichy, Vals, Royat). L'albuminurie par cholémie, liée à l'angiocholite chronique, doit être soignée par les eaux sulfatées calciques, lithinées, magnésiennes de Vittel ; de même pour les albuminuries causées par une insuffisance hépatique dans lesquelles on peut faire rentrer l'albuminurie par auto-intoxication intestinale, l'albuminurie des femmes enceintes ; cependant il faut savoir que les eaux de Vittel peuvent tarir la sécrétion lactée. Les néphrites seront envoyées à Evian ou à Saint-Nectaire, dont les eaux ne sont ni congestives ni excitantes pour le rein tout en désintoxiquant et en déchlorurant l'organisme ; on surveillera de très près le malade qui peut payer la moindre imprudence par une crise d'anurie.

Les lithiasiques rénaux seront envoyés à Vittel : la lithiase contre-indique les eaux de Vichy, les eaux sulfurées sodiques (Luchon, Cauterets), les arsenicales (la Bourboule) et les chlorurées sodiques sulfureuses (Uriage).

Suivant l'acuité du processus infectieux et inflammatoire, on traitera les pyélites d'abord par les eaux sulfurées dégénérées

(la Preste) qui sont les plus sédatives, puis par l'eau d'Évian et enfin par l'eau de Vittel chez les calculeux. La pyélite tuberculeuse relève des eaux chlorurées sodiques.

Les hématuries de causes générales ou d'origine prostatique contre-indiquent tout traitement hydro-minéral. Quand elles sont dues chez les lithiasiques à la migration du calcul, il faut ordonner Vittel ; si elles sont dues à des poussées congestives rénales ou vésicales, il faut préférer la Preste ou Evian. Les hématuries tuberculeuses sont traitées par les eaux chlorurées sodiques bromo-iodurées (Biarritz).

La lithiase vésicale doit être soignée par les eaux sulfatées calciques : elle contre-indique les eaux du type Barèges et les eaux bicarbonatées fortes, qui précipitent les phosphates en alcalinisant l'urine.

Les vieilles cystites chroniques se trouvent bien de Vittel, Evian, la Preste, qui contribueront à renouveler l'épithélium vésical. Evian sera préférée chez les cystites avec pollakiurie, la Preste pour les cystites douloureuses. Comme pour la lithiase, Vichy et Barèges sont contre-indiquées. Les cystites goutteuses par hyperacidité se trouveront bien des sulfatées calciques.

L'incontinence d'urine par hyperacidité et uricémie sera soignée à Vittel, de même la pollakiurie et certains spasmes du sphincter chez les enfants uricémiques.

Les eaux ne seront pas ordonnées aux prostatiques hypertrophiés. Les prostatites goutteuses seront envoyées à Vittel ou Evian. Les prostatites tuberculeuses à Salies ou à Salins.

Les urétrites seront envoyées à Vittel ou Evian pour décaper la muqueuse : les uricémiques goutteux iront à Vittel, les scrofuleux à Luchon, les lymphatiques à Biarritz et les anémiques à la Bourboule. Les bicarbonates sodiques peuvent donner, au contraire, un coup de fouet à l'écoulement.

M. Deschamps.

Traitement de l'acétonurie, par Langdown Brown (*The Practitioner*, juillet 1907). — Les indications thérapeutiques sont les suivantes : prévenir autant que possible la formation des corps acétoniques, en diminuant les graisses et en administrant les hydrates de carbone.

Combattre l'intoxication acide en neutralisant les acides déjà formés.

Dans le diabète il est inutile de donner une quantité d'hydrates de carbone supérieure à celle qui peut être utilisée. La lévulose peut être transformée jusqu'à 50 ou 100 grammes par jour, alors que la dextrose n'est plus du tout utilisée. V. Noorden assure que la farine d'avoine est encore tolérée quand les autres hydrates de carbone ne le sont plus. Pour neutraliser les acides il faut donner largement le bicarbonate de soude jusqu'à ce que l'urine devienne franchement alcaline. L'auteur donne habituellement du citrate de potasse, parce qu'il n'est pas neutralisé par le suc gastrique et qu'il se transforme en bicarbonate dans le sang. On peut le donner à dose de 2 à 3 grammes..

Si malgré cela le coma survient, il faudra faire une injection intra-veineuse d'au moins un demi-litre de solution saline contenant 2 p. 100 de bicarbonate de soude. Récemment l'auteur a injecté environ 1 litre avec le résultat que le coma a disparu en trois heures.

La quantité totale d'alcalin employé ne doit pas être supérieure à 30 grammes par jour ; au delà, le médicament a une action dépressive sur le cœur.

Les inhalations d'oxygène peuvent être utiles dans les cas où le malade a soif d'air.

Dans l'acétonurie qui accompagne les vomissements récurrents chez les enfants, l'auteur recommande une petite dose de calomel, et le bicarbonate de soude jusqu'à 8 grammes par jour. Les injections salines par le rectum sont utiles. Comme alimentation on pourrait employer l'arrow-root.

Dans l'acétonurie consécutive à l'intoxication par le chloroforme qu'on observe parfois chez les enfants, Guthrie a recommandé de ne pas prolonger la période de jeûne avant l'opération et de donner un lavement alimentaire, deux heures avant et immédiatement après l'opération. On doit surtout prévenir ou prévoir l'intoxication acide dans ces circonstances en examinant l'urine et en retardant l'opération, si c'est possible. Si l'urine renferme de l'acétone on donnera des alcalins.

L. Jumon.

De la décortication du rein et de la néphrotomie dans le traitement des formes graves de l'éclampsie, par Piéri (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, mai 1907). — Le rein éclamptique présente des lésions de néphrite aiguë comme l'a prouvé la biop-

sie pratiquée par Pousson et Chambrelent, lesquelles comprennent des lésions épithéliales et des lésions congestives. Le traitement chirurgical consiste à décomprimer le parenchyme rénal pour empêcher les lésions épithéliales de devenir irrémédiables par suite de la nécrose cellulaire; il permet d'évacuer, par une large brèche, les débris épithéliaux qui obstruent les canalicules du rein et qui contribuent à provoquer l'oligurie et l'anurie : par la saignée abondante provenant de l'incision rénale, il contribue à désintoxiquer l'organisme; enfin la diminution de l'hypertension rénale fait cesser le réflexe inhibitoire qui arrêtait la sécrétion rénale. Donc triple action de l'intervention : 1° elle enraye le processus néphrétique; 2° elle désintoxique; 3° elle rétablit la sécrétion rénale.

L'auteur rapporte les sept observations publiées (Edebohls, Pousson, Polano, Piéri, de Bovis) qui comprennent cinq guérisons et deux décès.

Il conseille de pratiquer à la fois la décortication bilatérale et la néphrotomie d'un seul côté; il convient cependant de laisser alors une petite bande de capsule large d'un centimètre sur chaque valve rénale pour pouvoir serrer les catguts sans déchirer le tissu friable de l'organe, après avoir mis un drain dans le bassinet. On peut employer, sans inconvénient, le chloroforme ou l'éther, mais il faut, autant que possible, que la narcose ne dépasse pas une heure (Edebohls).

Il faut intervenir lorsque, malgré le traitement médical (chloroforme, chloral, saignée, sérum), les urines, l'urée et les sels diminuent d'une façon précoce et progressive, faisant prévoir l'anurie à bref délai, lorsqu'il persiste des symptômes urémiques, lorsque l'examen des urines révèle la présence des éléments figurés caractéristiques des néphrites aiguës.

L'anurie est une indication d'urgence.

M. Deschamps.

Indications et choix de l'intervention dans le traitement opératoire des néphrites dites médicales, par Vidal (d'Arras) (*Bulletin de l'Académie de Médecine, prix Godard*, 1907). — De l'étude de cinq observations personnelles, des observations antérieures publiées et de ses recherches expérimentales, l'auteur tire les conclusions suivantes :

Le traitement chirurgical des néphrites dites médicales varie suivant la nature de la néphrite et les indications cliniques.

La néphrite aiguë purulente est justiciable de la néphrotomie.

La néphrite aiguë non purulente sera traitée par la simple décapsulation; mais il sera bon de s'assurer qu'il n'y a pas de pus.

Si, au cours d'une néphrite chronique, les symptômes d'intoxication sont prédominants, la néphrotomie est plus indiquée que la décortication; son action est plus rapide, car le drainage des toxines du rein est plus sûr.

La néphrite chronique brightique, ou période silencieuse, doit être opérée à froid par la décapsulation.

M. Deschamps.

Sur la maladie polykystique des reins, par Bartrina et Pascual (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 15 juillet 1907). — Les auteurs rapportent une observation de maladie polykystique des reins avec autopsie et examen microscopique et en tirent les conclusions suivantes :

Le rein polykystique peut être diagnostiqué par les procédés modernes d'exploration (bilatéralité, forme, volume, état aseptique des urines, insuffisance fonctionnelle des reins, etc...). Le rein polykystique peut être atteint de lithiase ou de tuberculose, le bassinet peut être distendu et en état de rétention sans obstacle uérétral.

Il s'agit, dans tous les cas, d'une véritable tumeur fibro-épithéliale d'origine congénitale, provenant du développement embryogénique par isolement d'un groupe de cellules embryonnaires épithéliales et conjonctives.

M. Deschamps.

Effet diurétique de la prêle (equisetum arvense) par Breitenstein (*Soc. méd. de Bâle*, 2 mai 1907). — L'auteur est parvenu, chez un cardiaque dont les œdèmes avaient résisté à toutes les médications, à faire disparaître ceux-ci en six semaines par l'administration, 2 fois par jour, de 200 grammes d'une décoction concentrée de prêle. La médication est absolument inoffensive et la décoction est facilement acceptée. La diurèse passa de 1.600 grammes à 5.000 par jour.

E. Vogt.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL,

Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité.

Le sommeil crépusculaire par la scopolamine et l'anesthésie spinale dans les opérations gynécologiques, par Gustave Klein (*Zentrbl. f. Gyn.*, 6 juillet 1907). — Les anesthésies peuvent se combiner de diverses manières suivant les indications. Le sommeil crepusculaire par la scopolamine seule suffit pour les courtes interventions, les curettages, les petites excisions de tumeurs de la vulve. L'auteur a employé ce procédé seul dans trois cas seulement sur quatre-vingts.

L'anesthésie spinale a été employée pour la dilatation du col et le curettage, pour l'excision du cancer du vagin, les opérations sur le col, le vagin et le périnée. Ce mode convient également pour la destruction des adhérences de l'utérus et des annexes. Cependant il faut encore parfois recourir en même temps à l'éther ou au chloroforme.

La scopolamine associée à l'anesthésie spinale permet de se passer de l'anesthésie générale, même dans les grandes laparotomies. L'auteur a employé ce procédé combiné dans les opérations sur le col, la colporrhaphie double, la cœliotomie, l'ovariotomie abdominale, les hernies abdominales, ombilicales, la laparotomie exploratrice, l'appendicectomie, la myomotomie abdominale et la grossesse extra-utérine.

L'anesthésie spinale combinée à l'éther ou au chloroforme a été employée lorsque la première ne suffisait pas dans les cœliotomies abdominales, les opérations vaginales et les opérations abdominales radicales pour cancer de l'utérus. Enfin la scopolamine et l'anesthésie générale combinées ont été employées dans trois cas, pour un cancer inopérable, pour une ventrofixation et une ovariotomie.

En résumé, le sommeil crépusculaire et l'anesthésie spinale sont particulièrement indiqués, lorsque l'anesthésie par inhalation est contre-indiquée.

La scopolamine et l'anesthésie spinale permettent de se passer entièrement ou à peu près du chloroforme et de l'éther.

L'anesthésie spinale seule convient en gynécologie, surtout pour les opérations plastiques sur le vagin, le périnée et la vulve, dans les cœliotomies sans adhérences de l'utérus et des annexes.

La scopolamine et l'anesthésie spinale combinées sont indiquées chez les malades timorées.

Jamais l'auteur n'a observé de complications ou d'inconvénients sérieux de ces méthodes et les malades ont paru se rétablir plus rapidement qu'après le chloroforme.

L. Jumon.

Les résultats du traitement par le pessaire dans la pratique gynécologique, par Schwabe (*Münch. med. Woch.*, 16 juillet 1907). — L'auteur a traité par les pessaires 124 cas gynécologiques qu'il divise en deux groupes : ceux qui avaient déjà été soignés au dehors et ceux auxquels on a appliqué pour la première fois le traitement à la clinique. Cette dernière série a offert des résultats plus favorables parce qu'on tenait mieux compte des indications. Elle comprend 73 cas dont 24 de prolapsus de l'utérus avec ou sans rétroflexion et 49 cas de rétroflexion simple mobile. Sur les 24 cas de prolapsus, 2 malades étaient phtisiques et 5 malades âgées avaient un prolapsus complet; on leur appliqua le pessaire en anneau dont elles furent satisfaites. Les 17 autres malades refusèrent d'abord toute opération, 8 d'entre elles furent satisfaites du résultat donné par le pessaire, 3 n'eurent pas de résultat et 6 se décidèrent au bout d'un certain temps à se faire opérer. Il s'agissait pour toutes d'un prolapsus moyen.

Sur les 49 malades atteintes de rétroflexion mobile de l'utérus, il faut en distraire 3 atteintes de phtisie, de maladie de Basedow et de rétroflexion de l'utérus gravide; 2 autres n'eurent pas de résultat. Dans 21 cas le résultat fut bon, mais dans les trois années, 2 malades seulement purent enlever leur pessaire après une guérison réelle, chez 19 autres ce résultat n'était bon que pendant la durée du port du pessaire. Dans 20 cas par contre le traitement par le pessaire n'apporta pas le résultat espéré et dans trois cas il fallut procéder à l'opération. Pendant ce temps les malades furent soumises à un traitement général, mais au total c'est à peine si le traitement par le pessaire donne un résultat dans la moitié des cas.

Si l'on considère que dans plus d'un tiers

des cas traités avec succès par le pessaire l'affection annexielle ou la rétroflexion subsistait toujours, on peut dire que le pessaire n'est qu'un facteur thérapeutique très insuffisant dans le traitement des déplacements de l'utérus et des troubles qu'ils entraînent; on ne peut donc l'employer que lorsqu'on ne peut faire autrement et que l'opération est impossible. Quant aux 51 malades qui arrivèrent à la consultation portant déjà un pessaire, elles n'étaient pas satisfaites du résultat. Sur 22 cas de prolapsus soumis à ce traitement depuis des années, 2 femmes âgées, dont une invalide, étaient satisfaites de leur état. 12 demandèrent à être opérées après avoir porté un anneau durant sept ans.

Sur les 29 cas restants atteints de flexion, 4 malades étaient satisfaites du résultat, 8 se décidèrent à l'opération, 8 virent disparaître leurs troubles après l'ablation du pessaire, et par un traitement général ou la guérison de l'endométrite. Enfin les autres furent soumises à d'autres traitements suivant les indications.

En résumé, le pessaire peut donner des résultats dans quelques cas appropriés, mais il n'est, pour l'auteur, qu'un traitement de nécessité, lorsque les malades ne se décident pas pour une opération.

L. Jumon.

La torsion chronique et la torsion incomplète des pédicules annexiels, par M. Lejars (*Clin. chir. in Sem. médicale*, 17 juillet 1907). — L'auteur a groupé un certain nombre de faits cliniques suivis d'opération, le plus souvent heureuse, dans lesquels on est à même de constater que la *torsion brusque* et *aiguë*, la seule bien étudiée jusqu'ici, n'est pas le seul accident que présentent dans la cavité abdominale les tumeurs de tout ordre pédiculées. Or, si l'accident auquel nous faisons allusion est facile à reconnaître, à cause de l'appareil symptomatique qui l'accompagne, il n'en est pas de même de la *torsion lente*, *chronique* et parfois *incomplète*, qui peut se produire sans causer trop de douleurs et pour ainsi dire pas d'accidents péritonéaux. En outre, cette disposition des tumeurs à se tordre progressivement amène des changements de consistance et même de siège qui peuvent tenir le diagnostic en échec fort longtemps. L'erreur la plus commune est celle que M. Lejars nous cite, et qui a fait prendre pour des fibromes des kystes de l'ovaire à pédicule tordu. Il existe, en effet, des fibromes mous, des tumeurs polykystiques affectant des signes cliniques équivoques. On peut donc chercher s'il n'y a pas lieu de noter, dès à présent, les principaux symptômes qui peuvent mettre sur la voie et faire décider une intervention que la crainte de trouver un néoplasme malin inopérable tendrait à faire différer. Car il est assez fréquent de voir les torsions anciennes de ces tumeurs abdomino-pelviennes prendre les allures de *néoplasme*. M. Lejars répond affirmativement, ayant remarqué pour sa part que, lorsqu'il s'agit de torsion, la température est toujours peu élevée, souvent la fièvre manque même avec une certaine réaction péritonéale. Lorsqu'il s'agit de *fibromes* implantés sur le tissu utérin, on doit tenir compte des hémorragies ou des ménorragies, inspecter les dimensions de la cavité utérine. Les kystes tordus présentent, quand on les examine bien, des *zones fluctuantes*, des surfaces tendues éveillant l'idée de poches liquides. Le volume est plus considérable que celui des néoplasmes malins de l'utérus ou des annexes. Des crises douloureuses atténuées peuvent être retrouvées dans les antécédents. C'est par le rapprochement de ces divers signes que le chirurgien pourra arriver, sinon à poser un diagnostic précis, du moins à songer à un accident du côté du pédicule et à faire bénéficier le malade d'une intervention curative.

A. Benoît.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Le babeurre dans le traitement des gastro-entérites chez le nourrisson, par le Dr Weymeerch (*La Belgique médicale*, 4 juillet 1907). — L'auteur a traité vingt et un cas d'entérites aiguës ou chroniques, et dans tous les cas, même dans les cas aigus ou très graves, ce traitement eut d'excellents effets. Le babeurre a été donné de préférence après douze ou vingt-quatre heures de diète hydrique, soit en régime absolu dans les cas graves, soit en régime mixte dans les cas moins sérieux. Ce régime a réussi plusieurs fois, alors même que l'alimentation

exclusive au sein avait échoué. Tous les enfants, âgés de six semaines à quinze mois, ont également bien supporté ce régime du babeurre, qui n'a été refusé que par un enfant de six mois.

Les quantités données par jour ont été un peu plus élevées que les quantités habituelles de lait. Dans deux cas de gastro-entérite avec prédominance de symptômes gastriques, le traitement a échoué complètement. Dans quatre cas d'atrophie simple, il y a eu augmentation rapide et constante du poids. Dans cinq cas de dermite, il y a eu deux guérisons et deux améliorations.

L'auteur a employé le babeurre condensé que l'on trouve dans le commerce sous forme de conserves qui présente une composition plus constante que le babeurre de ferme et a l'avantage de contenir une petite quantité de farine de froment et de riz.

L'action curative du babeurre préparé paraît due à sa pauvreté en matières grasses (3 à 5 grammes par litre), à la présence de l'acide lactique, à la présence d'hydrates de carbone (farineux) auxquels l'auteur attache une grande importance comme aliments et comme producteurs d'acides succinique et lactique.

Par suite de l'absence de matières grasses, les putréfactions et intoxications gastro-intestinales sont diminuées.

La présence de l'acide lactique atténue la pullulation des microbes putréfactifs qui ne peuvent facilement se développer en milieu acide ; elle prépare en outre un terrain favorable à la repullulation du B. de Tissier, hôte habituel du tube digestif de l'enfant bien portant et nourri au sein.

La présence d'hydrates de carbone, qui sont facilement attaquables et subissent la fermentation acide, facilite l'assimilation des albuminoïdes et diminue les putréfactions intestinales. Les fermentations acidogènes, en rétablissant l'équilibre, rendent aux selles leur aspect normal.

JUMON.

Alimentation des nourrissons par le babeurre (Discussion devant la *Société de médecine de Berlin*, 26 juin 1907). — *M. Niemann* recommande le babeurre pour l'alimentation du nourrisson, à partir du vingtième jour jusqu'au dixième mois. Il a obtenu de bons résultats aussi bien chez les petits enfants bien portants que chez ceux qui étaient atteints de troubles digestifs.

Le babeurre est contre-indiqué dans les gastro-entérites.

M. Cassel considère également le babeurre comme un aliment excellent, en raison de sa pureté et de sa faible teneur en graisse. Il estime toutefois qu'il ne faut pas en faire prendre de trop grandes quantités à la fois. On commencera par donner 40 centimètres cubes, trois fois par jour, et on augmentera graduellement cette quantité.

M. Japha préconise moins le babeurre. Cet aliment, dont la teneur en graisse est faible conviendrait, d'après cet auteur, aux enfants ne digérant pas les corps gras ; mais il ne devrait pas être donné aux enfants normaux. Le babeurre serait, en tous les cas, contre-indiqué chez les enfants qui ne supportent pas les hydrates de carbone.

PIERRE SÉE.

Les variations de la putréfaction intestinale chez les nourrissons suivant les divers modes d'alimentation, par M. SOLDIN (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, Bd. 65, Heft 3). — La quantité des acides volatils et des corps aromatiques éliminés par l'urine croît en raison directe des putréfactions intestinales. M. Soldin a obtenu, en analysant les urines, les chiffres suivants :

1° *Sur* 100 *parties d'azote*, les enfants nourris au sein éliminent 20 *d'acides ;* avec le babeurre, 33 ; avec la soupe de malt, 12,5.

2° *Pour les sulfo-éthers*, on obtient, comme chiffres d'élimination urinaire : avec l'allaitement au sein, 0,004 ; avec l'allaitement artificiel, 0,012.

3° *Phénols*. L'élimination quotidienne est de 4,65 dans l'allaitement au sein ; de 11,57 dans l'allaitement artificiel.

4° *Acides organiques volatils*. Les chiffres sont 9,7 dans l'allaitement au sein ; 28,4 à 104,4 dans l'allaitement artificiel ; chiffres très élevés dans l'alimentation par le babeurre.

L'*indican* ne se rencontre pour ainsi dire jamais dans l'urine des enfants alimentés d'une manière rationnelle.

Les chiffres que nous venons de citer indiquent donc que l'allaitement maternel est supérieur à tous les autres modes d'alimentation.

PIERRE SÉE.

Traitement de l'infantilisme par l'opothérapie thyroïdienne, par A. APERT (*Soc. méd. des hôp.*, 24 mai 1907). — M. Apert cite l'observation d'un hérédosyphilitique qui, déjà malingre, cessa, à l'âge de douze

ans, de grandir et d'augmenter de poids. Les courbes de poids et de taille, relevées avec soin depuis la naissance du sujet témoignent, en effet, d'un arrêt brusque de la croissance et d'une diminution du poids.

Le malade resta deux années sans aucun traitement. Au bout de ce temps, M. Apert prescrivit le traitement thyroïdien qui provoqua la reprise du développement dans des conditions telles que le sujet put à dix-huit ans faire son service militaire,

PIERRE SÉE.

Traitement du melæna des nouveau-nés, par le Dr SCHUBERT (*Zentralbl. f. Gynäkol.*, n° 7, 1907). — M. Schubert cite deux observations relatives à des nouveau-nés atteints d'hémorragies intestinales chez lesquels il a employé, avec succès, les injections de solutions gélatinées.

Les causes du melæna des nouveau-nés peuvent être très variables, et elles sont importantes à connaître pour instituer le traitement. Parmi ces causes, on peut citer la syphilis, les traumatismes gastro-intestinaux, l'état défectueux du cordon ombilical; mais l'auteur attribue une importance particulière aux lésions traumatiques du cerveau, qui peuvent se produire soit pendant un accouchement normal, soit au cours d'une extraction par les forceps. M. von Preuschen a pu, en piquant diverses régions du cerveau, reproduire expérimentalement, chez des animaux, des hémorragies gastriques et intestinales.

PIERRE SÉE.

Traitement des hémorragies intestinales des nouveau-nés par l'adrénaline, par MM. CHAMPETIER DE RIBES et DAVERSIN (*Soc. d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, 15 avril 1907). — MM. Champetier de Ribes et Daversin citent les observations de trois nouveau-nés qui présentaient des hémorragies intestinales. Les hémorragies cessèrent à la suite d'un traitement par l'adrénaline. Les auteurs injectèrent, par voie sous-cutanée, V à VI gouttes d'une solution d'adrénaline au millième. Ils adjoignirent à ces injections le traitement habituel des hémorragies intestinales, c'est-à-dire les boissons glacées (et en particulier la citronnade), le sérum artificiel et la suppression de l'allaitement.

PIERRE SÉE.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT,

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Emploi des courants de haute fréquence et de l'électro-magnétisme en thérapeutique, par BORUTTAU (*Zeitschr. f. aertzl. Fortbildung*, 15 juillet 1907). — Il est intéressant d'enregistrer l'opinion d'un auteur allemand, concernant les effets thérapeutiques de la haute fréquence. Les nombreuses recherches instituées ont donné l'impression qu'il s'agit plutôt d'effets de suggestion (l'auteur croit que la suggestibilité est plus prononcée dans la race française). Les expériences n'ont donné aucun des effets observés en France, sur l'hypertension artérielle, l'élimination du sucre chez les diabétiques, etc.

L'auteur a enregistré des effets calmants dans l'insomnie nerveuse : il ne croit pas à une action thérapeutique dans les dermatoses.

L'électromagnétisme a donné moins encore que la haute fréquence.

E. VOGT.

Application thérapeutique de la belladone, par DAVID R. NEIL (*Merck's Archives*, juin 1907). — D'après ses actions physiologiques, on peut recourir à la belladone dans les cas suivants :

Dans le ptyalisme dû au mercure ou à la grossesse, III ou IV gouttes de teinture de belladone toutes les trois ou quatre heures diminuent la sialorrhée. Le médicament calme la douleur de la gastralgie et de l'ulcère peptique, le pyrosis, la dyspepsie irritative. L'extrait convient à la constipation habituelle pour exciter les mouvements péristaltiques. L'atropine a été recommandée comme stimulant cardiaque, mais il faut l'employer avec prudence; dans beaucoup de cas, elle arrêtera une dépression subite et temporaire du cœur, notamment dans le collapsus du choléra. Mais, dans tous les cas, il convient de ne l'employer que d'une façon passagère.

La belladone est un excellent médicament dans certains états inflammatoires aigus des voies aériennes. Elle est indiquée surtout pour diminuer les sécrétions profuses des voies respiratoires supérieures. L'aphonie due à la fatigue des cordes vocales peut disparaître sous l'influence d'un demi-milligramme, matin et soir.

La belladone dans la coqueluche est surtout indiquée dans la période spasmodique. On la prescrira encore dans certains cas d'accès d'asthme, avec tension sanguine basse, peau moite et expectoration abondante. Il faut s'en abstenir si le pouls est accéléré, la peau chaude et sèche et les sécrétions rares.

L'auteur croit à l'utilité de la belladone dans l'érysipèle. Contre la fièvre, elle peut être associée à l'aconit. On s'en abstiendra, par contre, s'il y a de la tendance au délire.

La belladone occupe une place importante dans le traitement des symptômes nerveux, dans les cas de migraine, avec ou sans spasme des artères, pâleur de la face, vertiges. Dans l'épilepsie, son action est inférieure au bromure, sauf peut-être dans l'épilepsie nocturne avec extrémités froides, pâleur ou cyanose de la peau et action cardiaque faible. Elle donne de bons résultats dans les douleurs de la dysménorrhée et la forme ovarienne de ce trouble. On peut alors l'associer à la jusquiame et au stramonium.

Dans l'incontinence, il faut choisir les cas et combattre les causes qui peuvent la produire. Dans les pertes séminales, la belladone n'agit que s'il y a peu ou pas d'érection; dans le cas contraire, il vaut mieux s'adresser au bromure.

L'atropine pourra être donnée à très petites doses répétées en injections sous-cutanées dans le cas d'iléus et d'autres affections intestinales, dans les cas de colique calculeuse et de lumbago. Le tic douloureux et la sciatique se trouvent parfois très bien des mêmes injections, mais à doses plus fortes. Le résultat est souvent plus permanent qu'avec la morphine.

Enfin, pour calmer certaines douleurs névralgiques ou crises douloureuses viscérales, on peut employer, avec avantage, des applications de chloroforme dans lequel on fait dissoudre de l'atropine.

L. Jumon.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Les faux accidents. — Onze individus qui escroquaient les Compagnies d'assurances en provoquant des accidents simulés viennent d'être renvoyés devant le tribunal correctionnel de Paris par M. le juge d'instruction Bouissou. Ils sont inculpés d'escroquerie et de complicité.

Certains de ces individus, montés à bicyclette, s'arrangeaient de façon à être accrochés ou renversés, sans dommages réels, par des conducteurs de voitures. Grâce aux témoignages intéressés de leurs complices et en affectant de ressentir certaines lésions internes, ils obtenaient facilement de médecins trop confiants des certificats qui leur permettaient l'allocation amiablement, ou par voie judiciaire, d'importantes indemnités.

C'est en voyant figurer fréquemment les mêmes noms dans les rapports ou sur les certificats qui leur étaient présentés que les Compagnies d'assurances finirent par découvrir les escroqueries dont elles étaient victimes.

Les médecins, interrogés par le juge, ont excipé de leur bonne foi. Tous ont déclaré que quiconque de leurs confrères aurait été trompé également par l'apparence réelle des plaies ou contusions soumises à leur examen.

Avarie et mariage. — Une dame X... avait fait opposition au mariage de son fils parce que, soutenait-elle, il était atteint d'avarie, et le fils demanda à la 1re chambre la mainlevée de cette opposition. Il l'a obtenue :

« Attendu, dit notamment le jugement, que le tribunal ne saurait admettre, pour justifier une opposition à mariage, l'affirmation que celui qui veut se marier est dans un état maladif de nature à inspirer des craintes au sujet de la santé des enfants qui peuvent naître de l'union projetée; que la demanderesse, qui demande que son fils soit soumis à un examen médical et qu'il soit sursis à statuer jusqu'à ce qu'il ait été procédé audit examen, ne produit même

pas un certificat donnant à ses dires une apparence de réalité; que l'opposition dont il s'agit n'est qu'un procédé imaginé pour retarder une union que la mère n'approuve pas... »

Laboratoire de diagnostic bactériologique des maladies infectieuses de la Ville de Paris. — Ce laboratoire met gratuitement à la disposition de MM. les médecins des nécessaires pour le diagnostic de la diphtérie et de la tuberculose.

Ces nécessaires sont délivrés rue Hospitalières-Saint-Gervais, 1 *bis*, sur demande écrite la veille ou le jour même de leur emploi, et les résultats des analyses sont communiqués généralement vingt-quatre heures après le retour au Laboratoire des nécessaires utilisés.

Le Laboratoire est ouvert tous les jours, de 8 heures du matin à 8 heures du soir, y compris fêtes et dimanches.

Le dépôt d'une somme de 50 centimes donne droit à une réponse télégraphique.

La reconstruction de l'hôpital Beaujon. — Au nom de la cinquième commission, M. d'Andigné vient de faire adopter par le Conseil municipal un projet de délibération, invitant l'administration à poursuivre l'exécution des travaux en laissant de côté la question financière en ce qui concerne l'acquisition des terrains qui font partie de la zone militaire entre les portes de Villiers, des Ternes, la route de la Révolte et du boulevard de Villiers. Le Conseil a voté le projet de résolution que voici : « Vu la nécessité de reconstruire dans le plus bref délai l'hôpital Beaujon sur un autre emplacement; considérant qu'aucun autre terrain que celui compris dans la zone militaire entre les portes de Villiers, des Ternes, la route de la Révolte et le boulevard de Villiers ne saurait mieux répondre aux besoins et nécessités de la construction dont il s'agit; considérant qu'il importe, dans l'intérêt de l'hygiène et de la santé publique, de poursuivre sans retard les travaux de construction et d'aménagement du nouvel hôpital; vu l'urgence, délibère : « 1° L'Administration de la Préfecture de la Seine est invitée à obtenir des pouvoirs publics l'autorisation de commencer et d'effectuer les travaux de construction et d'aménagement d'un hôpital à établir entre les portes de Villiers et des Ternes, et la route de la Révolte et le boulevard de Villiers; 2° La question d'indemnité à déterminer entre l'Etat et la Ville de Paris, pour l'acquisition dudit terrain, sera réservée, pour être discutée lors de la désaffectation des fortifications. »

Quatorzième Congrès international d'hygiène et de démographie (Berlin, 23-29 septembre 1907. — Pendant le quatorzième Congrès international d'hygiène et de démographie, qui aura lieu à Berlin du 23 au 29 septembre, la Presse trouvera l'accueil le plus large de la part du Comité d'organisation. Mais, afin de garantir l'exactitude des rapports et à cause des dimensions des locaux mis à la disposition du Congrès, il a paru nécessaire de n'admettre comme représentants officiels que les corrrespondants légitimés par le Comité national de leur pays respectif. Les journaux qui désirent être représentés sont, par suite, priés d'envoyer leur demande à M. le Secrétaire général du Comité National, M. Mosny, Paris, 8, rue de Berri, avant le 1er août, afin que les préparatifs nécessaires puissent être pris dans la mesure suffisante.

Onzième session de l'Association française d'Urologie. — Se tiendra à Paris, à la Faculté de Médecine, du 10 *au* 12 *octobre* 1907, sous la présidence de *M le Professeur Guyon*. La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « *Des suppurations non tuberculeuses de la prostate* ». Rapporteur : M. Oraison (de Bordeaux).

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le Secrétaire général : *M. E. Desnos, 9, rue de La Boétie, Paris.*

La responsabilité des médecins. — Pour avoir sauvé une de ses clientes, Mlle Peyronnette, d'une forte appendicite, mais en lui faisant des applications de glace qui déterminèrent des brûlures suivies d'escarres, le docteur Pierre Cormon était poursuivi devant la 9e chambre pour blessures par imprudence.

Sur les conclusions du docteur Balthazard, agrégé, chargé de l'expertise, l'accusation reprochait au docteur Cormon d'avoir prolongé outre mesure les applications de glace sans tenir compte des indications du thermomètre, de n'avoir pas interrompu les applications dès l'apparition des escarres, et d'avoir négligé d'interposer une flanelle ou un linge entre la glace et l'abdomen. A l'audience, le docteur Balthazard a maintenu ces conclusions, en ajoutant toutefois qu'à son avis le docteur Cormon n'avait commis qu'une erreur de traitement et non une faute pénale.

Le docteur Cormon a, d'ailleurs, trouvé d'ardents défenseurs en la personne du docteur Jalaguier, chirurgien des hôpitaux, qui estime qui n'y a pas de limite à l'application de la glace, que cela dépend des cas, et que, même si des escarres apparaissent, il faut continuer, car de deux maux, mieux vaut choisir le moindre; du professeur Dieulafoy et du professeur Kirmisson qui, tous deux, ont déclaré qu'il n'y a pas de règle précise pour l'application de la glace; des docteurs Bézard, Triboulet, Rénon et Routier, au sentiment desquels aucune imprudence n'a été commise par le docteur Cormon.

IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Voyages d'études médicales. — Eaux minérales, stations maritimes, climatiques et sanatoriums de France.

Voyage de 1907 (Neuvième V. E. M.). Stations de l'Est et du Jura : Sermaize, Vittel, Contrexeville, Martigny, Bourbonne-les-Bains, Luxeuil, Bains-les-Bains, Plombières, Gérardmer, La Schlucht, Bussang, Le Ballon d'Alsace, Besançon-Mouillère, Salins, Lons-le-Saunier, La Faucille, Divonne. (Du 31 août au 13 septembre 1907.)

Le *Voyage d'études médicales de 1907* — comme les huit précédents — est placé sous la direction scientifique du Dr LANDOUZY, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Sont seuls admis à ces voyages :

Les médecins français et étrangers. — Les étudiants en médecine. — Les femmes des médecins accompagnant leur mari.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août 1907, terme de rigueur.

Samedi 31 août. — Rendez-vous à l'Hôtel de Ville de Reims, à 2 heures; visite de la ville sous la direction du professeur HENROT.

Dimanche 1er septembre. — Réunion à la gare de Reims à 10 heures du matin. Départ en train spécial, à 10 h. 15, pour Sermaize. Visite. Le soir, dîner et coucher à Vittel.

Lundi 2 septembre. — Le matin, visite de Vittel. Dîner et coucher à Contrexeville.

Mardi 3 septembre. — Le matin, visite de Contrexeville. L'après-midi, visite de Martigny. Dîner et coucher à Martigny.

Mercredi 4 septembre. — Le matin, départ pour Bourbonne-les-Bains. Visite. Le soir, dîner et coucher à Luxeuil.

Jeudi 5 septembre. — Le matin, visite de Luxeuil. L'après-midi, visite de Bains-les-Bains. Le soir, dîner et coucher à Plombières.

Vendredi 6 septembre. — Le matin, visite de Plombières. L'après-midi, excursion au Val-d'Ajol. Dîner et coucher à Plombières.

Samedi 7 septembre. — Dans la matinée, arrivée à Gérardmer. L'après-midi, excursion à La Schlucht et au Honeck. Dîner et coucher à Gérardmer.

Dimanche 8 septembre. — Le matin, départ pour Bussang. Visite. Dîner et coucher à Bussang.

Lundi 9 septembre. — Le matin, à 6 heures, départ pour le Ballon d'Alsace. L'après-midi, visite de Besançon-Mouillère. Dîner et coucher à Besançon.

Mardi 10 septembre. — Le matin, départ pour Salins. Visite. L'après-midi, excursion à Nans-sous-Sainte-Anne. Dîner et coucher à Salins.

Mercredi 11 septembre. — Le matin, départ pour Lons-le-Saunier. Visite. Déjeuner. Excursion. Dîner et coucher à Lons-le-Saunier.

Jeudi 12 septembre. — Le matin, départ pour Morez. Déjeuner. Les Rousses, le Col de la Faucille, Gex. Dîner et coucher à Divonne.

Vendredi 13 septembre. — Visite de Divonne. Dislocation après le déjeuner.

Conditions du voyage.

I. — La ville de Reims est prise comme point de départ du voyage en groupe pour tous les voyageurs. Chacun s'y rendra isolément.

Pour arriver à la gare de Reims (Compagnie de l'Est), les Compagnies de chemins de fer accordent une réduction de moitié prix à tous les médecins et étudiants en médecine, quel que soit le point de la France d'où ils partent. Pour recevoir, en temps voulu, ce billet de faveur, il est nécessaire d'indiquer très exactement, en s'inscrivant, la gare de départ, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français. Semblable réduction est accordée aux femmes de médecins.

Chaque voyageur peut arriver à Reims, à son gré, avant le 31 août.

II. — De Reims à Divonne, les voyageurs visiteront en groupe les stations suivantes : Sermaize, Vittel, Contrexeville, Martigny, Bourbonne-les-Bains, Luxeuil, Bains-les-Bains,

Plombières, Gérardmer, La Schlucht, Bussang, Le Ballon d'Alsace, Besançon-Mouillère, Salins, Lons-le-Saunier, La Faucille, Divonne.

Les parcours en chemin de fer se feront en 1re classe, par train spécial.

Prix à forfait : 300 francs par personne, payable en s'inscrivant. Ce prix comprend tous les frais de voyage, depuis le moment de la concentration à Reims, le 31 août, jusqu'au moment où les voyageurs se sépareront à Divonne, le vendredi 13 septembre après le déjeuner de midi, trajets en chemin de fer, voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

III. — Le vendredi 13 septembre, le dernier repas pris en commun sera le déjeuner à Divonne, à midi environ.

Pour retourner de Divonne à son lieu de résidence, qui a été son point de départ, chaque voyageur bénéficiera, comme à l'aller, en venant à Reims, de la réduction de moitié prix sur les chemins de fer.

En raison de la courte durée du voyage et des trajets importants en voiture, les voyageurs sont priés de réduire leurs bagages au strict nécessaire, les bagages à la main sont seuls admis.

Les Compagnies de chemins de fer, en accordant d'une façon tout à fait exceptionnelle aux adhérents de ce voyage la faveur de rejoindre isolément, avec des billets à demi-place, la première station de la tournée, Reims, ont expressément spécifié qu'on s'y rendrait sans arrêt et par la voie la plus directe. Il en est de même pour le retour au lieu de résidence, en quittant la dernière station, Divonne.

Dans le cas où, pour un motif quelconque, le voyage n'aurait pas lieu, les personnes inscrites ne pourront prétendre qu'au remboursement des sommes versées :

Pour s'inscrire, envoyer :

I. — Son adhésion au Dr Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (8e) : 1° nom et adresse lisiblement écrits ; 2° indication de la gare d'où l'on partira, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français.

II. — Sa souscription, 300 francs, au Dr Jouaust, 19, rue du Colisée, Paris (8e).

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août 1907, terme de rigueur.

Bourses de voyage. — Onze bourses de voyage sont données au V. E. M. de cette année. L'attribution en a été fixée comme suit par leurs donateurs :

1° Bourse du professeur Henrot : Un interne des hôpitaux de Reims, désigné par le professeur Henrot ;

2° Bourse de la Société de Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme) : Un interne des hôpitaux de Paris, désigné par le président de la Société de l'Internat ;

3° Bourse du Conseil municipal des Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées) : Un médecin « à la fois membre du Concours médical et de l'Association générale des Médecins de France » ;

4° Bourse de la Compagnie générale des Eaux minérales et Bains de mer : Un étudiant ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de Bordeaux dans l'année scolaire 1906-1907, désigné par M. le doyen de la Faculté ;

5° Bourse de la Société des Eaux thermales d'Evaux-les-Bains (Creuse) : Un médecin désigné par cette Société ;

6° Bourse de la Société d'Evian (Haute-Savoie) : Un étudiant de la Faculté de Toulouse, désigné par le Dr Garrigou, professeur d'hydrologie ;

7° Bourse de la Compagnie fermière du Mont-Dore (Puy-de-Dôme) : Un étudiant ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de Lille, dans l'année scolaire 1906-1907, désigné par M. le doyen de la Faculté ;

8° Bourse de la Compagnie des Thermes de Plombières (Vosges) : Un médecin anglais, désigné par le Dr L. Williams, médecin de l'Hôpital français, à Londres ;

9° Bourse de la Compagnie des Eaux minérales de Pougues (Nièvre) : Un interne des hôpitaux de Bruxelles ou de Liège, désigné par le Dr Dejace, rédacteur en chef du *Scalpel*, à Flémalle-Grande (Belgique) ;

10° Bourse de la Compagnie générale des Eaux minérales de Royat (Puy-de-Dôme) : Un interne des hôpitaux de Paris, désigné par le président de la Société de l'Internat ;

11° Bourse de la Compagnie de Vichy (Allier) : Un étudiant ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de Paris, dans l'année scolaire 1906-1907, désigné par M. le doyen de la Faculté.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de l'hystérie (1),

par le professeur F. Raymond, membre de l'Académie de médecine.

Si je ne m'abuse, ce qui ressort très nettement des considérations que je vous ai exposées dans mes deux dernières leçons, c'est que tout le problème *thérapeutique* de l'hystérie se résume dans l'obligation, pour le médecin, de ramener à l'état physiologique le système nerveux troublé. Vous vous le rappelez sans doute; autant qu'une hypothèse est permise dans l'état actuel de nos connaissances, c'est à une modification particulière du régime des réflexes cérébraux, corticaux et sous-corticaux, que semble due la *réaction spéciale* à la psycho-névrose hystérie. Le but à atteindre est donc le rétablissement du fonctionnement régulier de ces réflexes.

Or, il existe pour cela une série de moyens, surtout d'*ordre psychique*, qui découlent tout naturellement de la genèse même de la maladie et de ses procédés de formation.

En premier lieu, et pour ne plus avoir à revenir sur cette indication générale, je vous rappelle qu'il importe que vous soigniez l'hystérique *individuellement*; je veux dire par là qu'il faut bien prendre garde de laisser ces malades en contact les uns avec les autres, afin d'éviter l'entraînement par l'exemple. Ensuite, vous devez toujours avoir présente à l'esprit la facilité de création des symptômes sous l'influence de toutes recherches intempestives et de toutes conversations ou explications pouvant, de par la suggestion du sujet atteint, produire des manifestations d'apparence somatique ou psychique, plus ou moins nombreuses, plus ou moins tenaces, plus ou moins durables, compliquant les syndromes déjà existants. Enfin vous n'oublierez pas ce précepte fondamental, que les hystériques sont toujours ou presque toujours de bonne foi dans leurs récits. La preuve, ainsi que Pitres l'a fait remarquer avec raison, c'est que ces névrosés ne calculent jamais les conséquences de leurs dires, soit pour eux, soit pour les autres. C'est au médecin qu'il appartient d'apprécier la véritable signification de ceux-ci.

Ces points étant spécifiés comme ligne de conduite générale, voyons ce qu'il y a à faire pour prévenir, si faire se peut, l'apparition de la psycho-névrose et pour,

(1) Chapitre extrait de *Névroses et psycho-névroses*, par le professeur F. Raymond. Paris, Delarue éditeur, 1907.

celle-ci étant réalisée, la guérir. Je place d'abord sous vos yeux six malades actuellement en voie de guérison :

1° L'*anorexique hystérique* que je vous ai déjà montrée. Son histoire est très simple : vous vous la rappelez sans doute. Elle peut se résumer ainsi : lourde hérédité; premiers troubles anorexiques à treize ans, au moment de l'apparition des règles, à propos de la mort de son père et de démêlés avec sa mère. Lorsque cette jeune fille est venue ici pour la première fois, il y a trois ans, c'était littéralement un squelette; elle refusait absolument de manger et se faisait vomir si on la forçait à s'alimenter. En outre, hémi-anesthésie gauche; anesthésie de la région épigastrique, etc. Rien de mental dans son état; c'était une douce, une timide et une *entêtée*; elle voulait se laisser mourir. On fut obligé de la camisoler, de la nourrir à la sonde, de la faire surveiller jour et nuit pour qu'elle ne rendît pas volontairement ses aliments. En six mois elle avait repris un nombre respectable de kilogrammes. Elle a quitté le service au bout de dix-huit mois, complètement guérie. Depuis quelques semaines, elle est reprise de son anorexie et elle repasse par les mêmes phases que la première fois, à cause de nouveaux démêlés avec sa mère. On s'est contenté, cette fois, de la faire manger en la mettant en état d'hypnose. Très vite, l'amélioration est survenue. Mais, de nouveau, elle s'est mise à se faire vomir; on l'a grondée fortement. Elle est tombée alors dans un *somnambulisme monoidéique* pendant lequel elle dévorait *avec avidité* tous les aliments qu'on lui présentait, justifiant ainsi cette remarque, faite depuis longtemps, et dont vous devrez tenir compte dans le traitement de la psycho-névrose, à savoir que dans l'hystérie grave, faire disparaître un syndrome n'est qu'une guérison apparente, car à celui qui n'existe plus s'en substitue un autre. Aujourd'hui, la malade est redevenue anorexique, mais elle va déjà mieux et elle a rengraissé de quelques kilogrammes cette semaine.

2° Voici maintenant Mlle G..., dix-sept ans. Vous l'avez suivie dans le service et vous avez pu assister aux diverses phases par lesquelles elle a passé avant d'arriver à la guérison définitive. Notez que les médecins de la province qui l'ont envoyée ici la considéraient comme perdue. Au début, en effet, paralysie flasque, presque totale, des muscles volontaires. Obésité énorme. Le régime, la persuasion, l'entraînement, la rééducation morale l'ont totalement ramenée à l'état normal. Elle était entrée dans le service le 21 juin 1906; elle est sortie cette année au mois de janvier. La guérison s'est maintenue depuis lors.

3° Ce troisième malade, un homme de vingt-trois ans, sellier, a été guéri d'une contracture très persistante des membres inférieurs en quelques séances d'hypnotisme.

4° J'en dirai autant de cette quatrième malade, une femme de trente-trois ans, tabétique, avec *anesthésie hystérique*. Il a été très facile de faire disparaître cette dernière manifestation.

5° Mlle V..., présentée par Charcot autrefois, de nouveau astasique-abasique trépidante, a été guérie également par l'hypnose.

6° Enfin, Mme D..., âgée de trente-neuf ans, atteinte de hoquets accompagnés d'aérophagie et d'éructations, avec contractures spasmodiques du diaphragme et du pharynx, sans compter des rots en salves, le tout complété par les stigmates habituels de la psycho-névrose, a été simplement mise à l'isolement et a entendu quelques conseils persuasifs; elle a guéri en huit jours.

Je pourrais facilement multiplier ces exemples, car il ne se passe pas de semaine sans que nous en voyions de semblables ou d'analogues.

J'ai hâte, après cette présentation de malades, d'aborder le problème thérapeutique général de l'hystérie.

***

Tout comme pour la psychasthénie, le *traitement prophylactique* devrait, logiquement, commencer par la réglementation des mariages. Je vous ai fait connaître déjà, à propos de cette dernière maladie, les raisons dérivant de nos habitudes sociales qui amènent la stérilité des efforts que l'on devrait tenter en ce sens pour prévenir les conséquences souvent si lourdes de l'hérédité. Je n'insiste pas. Mais si nous ne pouvons rien dans cet ordre d'idées, du moins est-il de notre devoir de médecins, si nous sommes consultés, de chercher à protéger l'enfant qui, de par les prédispositions de sa famille, de par les tares de ses parents, semble voué presque fatalement aux accidents de la grande névrose. *L'hygiène physique*, *l'hygiène morale* sont ici de la plus haute importance.

L'*éducation physique* devra, tout d'abord, être l'objet de soins très attentifs. C'est à l'aide des travaux manuels, des exercices du corps, de la gymnastique, du massage, de l'hydrothérapie surtout, que vous parviendrez à rendre l'harmonie de leurs fonctions à ces petits nerveux en herbe, déjà des émotifs, à réflectivité vasomotrice souvent exagérée, avec, parfois, de mauvais sommeils, des digestions facilement troublées, etc., etc. Ces moyens devront, si faire se peut, être mis en œuvre au grand air, à la campagne; bien entendu, il faudra les employer sans aucun surmenage. Vous aurez profit à leur adjoindre une alimentation rationnelle, aidée, au besoin, d'un traitement tonique dans le cas où il y aurait lieu de combattre la tendance au lymphatisme et à la chloro-anémie, si fréquente chez les prédisposées.

Le développement intellectuel se fera toujours assez vite. Les parents ne sont que trop portés à vouloir que leurs enfants, le plus souvent d'ailleurs assez bien doués, soient de véritables petits prodiges. L'éducation aura à s'opposer surtout aux irrégularités de ces jeunes esprits, enclins déjà à la rêverie et à l'exagération dans leurs sentiments, comme ils le sont dans leurs actes. Elle devra lutter contre leur impressionnabilité exagérée, leur tendance à s'exalter, leur trop grande affectivité. Il faut surtout que les conversations devant eux soient très surveillées. Comme le phonographe, ils enregistrent, mais en se souvenant et en pensant. Surtout pas de vie oisive qui laisse vagabonder l'imagination; pas de pratiques religieuses exagérées; de quelque nature que soient les occupations intellectuelles,

elles devront avoir un caractère pratique, le but à remplir étant, en somme, de développer la volonté du sujet. de l'habituer à réfléchir pour former son jugement.

Mais pour obtenir ce résultat, la meilleure pratique sera d'éloigner l'enfant — et cela le plus tôt possible — du milieu familial. Dès le berceau même, si la mère est hystérique, le mieux est de confier l'enfant à des mains étrangères. C'est le plus sûr moyen de lui éviter, dès sa jeunesse, une foule de causes d'émotions sur lesquelles je ne puis insister, émotions qui, étant donnée sa suggestibilité exagérée, ne pourront que favoriser plus tard, par leur répétition, l'éclosion de l'hystérie. A ce point de vue, et malgré ses nombreux inconvénients, l'internat, pour le garçon en particulier, vaudra mieux encore, si l'enfant est intelligemment suivi et surveillé, que l'éducation au milieu des siens. Les effets en seront favorables si le pédagogue joint la bonté à la fermeté, s'il ne se contente pas d'instruire l'élève, s'il sait être, à tous égards, un véritable éducateur; vous, médecin de la famille, vous pourrez, en pareil cas, intervenir très utilement. M. le Dr M. de Fleury a condensé, dans un livre bien connu, tous ces principes.

La puberté, chez la jeune fille, est une période pendant laquelle l'hygiène, tant physique qu'intellectuelle, doit être tout particulièrement bien dirigée. Vous savez, en effet, combien la mentalité spéciale à cet âge favorise l'apparition des accidents de la névrose. En dehors de la dépression physique qu'elle entraîne, la première menstruation est, le plus souvent, pour le sujet prédisposé à l'hystérie, l'occasion d'un choc moral violent, et c'est là précisément ce qu'il faut éviter. Contrairement à ce qui a lieu le plus ordinairement, il ne faut pas craindre de prévenir l'enfant, en temps opportun, de ce qui doit survenir et, les règles établies, lui faire comprendre qu'il s'agit là de quelque chose de tout à fait normal, de physiologique, et qu'il est nécessaire, comme pour toute autre fonction de l'organisme, de veiller à la parfaite régularité de celle-ci. Il importe aussi de prêter attention à l'apparition des premières sensations génitales qui, parfois, troublent tant l'enfant.

Je ne reviens pas sur l'hygiène physique, ni sur le traitement tonique qui peut être, à ce moment, d'une réelle utilité. Vous pourrez, soit dit en passant, être consultés sur l'opportunité du mariage, tout spécialement chez la prédisposée. Si rien ne prouve que toutes les conditions matérielles et morales de bonheur seront remplies et que la jeune fille pourra rencontrer dans son mari le guide intelligent dont elle a besoin, soyez à cet égard très réservé : en cas d'hystérie confirmée, en admettant qu'on vous demande votre avis, ce sera le plus souvent pour ne pas le suivre, les parents n'ayant qu'une idée : se débarrasser d'une fille qui est pour eux un sujet perpétuel de tourments, et l'enfant n'ayant qu'un désir : s'affranchir de la tutelle des siens.

Mais si la sortie du milieu familial semble être la meilleure mesure à prendre lorsqu'il s'agit du prédisposé, à plus forte raison nous apparaît-elle indispensable en cas de psycho-névrose confirmée. L'*isolement* doit être indubitablement considéré comme l'élément le plus puissant dans la cure de l'hystérie. Appliqué d'abord exclusivement à la thérapeutique de l'aliénation mentale, il fut accepté plus tard,

grâce aux travaux de Weir-Mitchell en Amérique, de Charcot en France, comme moyen de traitement de la neurasthénie et de l'hystérie. Je vous ai dit l'abus qu'on en avait fait dans la psychasthénie. Dans ses leçons, Charcot insiste, à maintes reprises, sur la valeur considérable de ce procédé. Il réclame même, pour lui, l'antériorité « en ce qui concerne le traitement de l'hystérie et des affections connexes ». Et, de fait, spécialement employés chez les malades anémiés et amaigris, les procédés de Weir-Mitchell constituèrent au début une méthode thérapeutique plutôt diététique que psychique; c'est à Charcot, précisément, que revient le mérite d'avoir bien compris la grande puissance curative d'un moyen dont il nous a donné, de main de maître, les indications principales.

Pourquoi faut-il l'isolement? Parce que, lorsqu'il s'agit d'enfants ou d'adultes, rien n'est, en général, plus pernicieux que l'influence du père et de la mère — si ce n'est celle des grands-parents. Je ne puis développer ici les arguments à faire valoir en faveur d'une séparation nécessaire, arguments qui devront varier suivant la nature des objections qui vous seront faites; mais, sachez-le bien, les raisons que vous donnerez, si logiques qu'elles puissent être, ne seront pas acceptées sans conteste; dans bien des cas vous aurez à lutter pied à pied. On vous proposera, le plus souvent, d'isoler le malade dans sa famille même, en confiant sa surveillance à une ou plusieurs gardes expérimentées. Souvenez-vous que ces demi-mesures n'ont de l'isolement que le nom et que, tant que l'hystérique se sentira dans le voisinage immédiat des siens, votre influence restera nulle (1). Les mères surtout sont terribles. Laisser partir leur enfant est pour elles chose impossible. « Comment voulez-vous que ma fille, qui ne m'a jamais quittée, se sépare de moi? » disait un jour l'une d'elles à Charcot; et le maître de lui répondre : « Je connais cette histoire; savez-vous combien de temps les jeunes filles bien élevées pleurent leurs mères lorsqu'elles les quittent? J'ai pris des notes. Il y en a qui ne les pleurent pas du tout; c'est comme cela; d'autres les pleurent une heure. Prenons la moyenne, si vous voulez; c'est une demi-heure; ce n'est pas beaucoup. »

Et de fait les choses se passent, en général, le plus simplement du monde. Après quelques scènes de larmes, l'hystérique se résigne avec la plus grande facilité; elle apporte là encore cette mobilité dans le caractère que vous connaissez tous et change le plus souvent du jour au lendemain. Les parents, de leur côté, ont vite fait de se consoler, obligés qu'ils sont de s'avouer le soulagement que leur cause le départ de l'être qui exerçait sur eux — c'est le cas le plus fréquent — une tyrannie de tous les instants. La plupart du temps, en effet, tout le monde était aux ordres de la malade, et cette sollicitude exagérée favorisait grandement le développement des accidents de la névrose, éveillés et entretenus qu'ils étaient par la présence de certaines personnes, par les conversations, par les faits de tous les jours, par les objets mêmes qui entouraient l'hystérique et qui représentaient autant de points de repère pour ses conceptions. La famille, au contraire, tournait-elle tous les maux de la malade en dérision et le prenait-elle, avec elle, sur

(1) CHARCOT. *Cliniques du mardi*, 1887-88, p. 117 et suiv.

le ton de la moquerie, le résultat était tout aussi déplorable, car si les troubles ressentis par le sujet sont surtout d'ordre psychique, ils n'en constituent pas moins, pour lui, des souffrances très réelles, très pénibles, et son humeur ne fait que s'en aigrir davantage.

Ces inconvénients multiples cessent brusquement de par l'isolement. Le malade se trouve, du coup, débarrassé d'une foule de préoccupations, et, par suite, d'autant de causes d'excitation ou de dépression; la vie est alors pour lui simple, régulière, et le médecin peut, dès lors, prendre facilement possession d'un esprit qui résistait à son entourage habituel, et qui devient souple entre des mains étrangères, de par ce besoin même de direction sur lequel vous m'avez entendu si souvent insister. Très vite, l'hystérique, qui se sent ainsi seul, comprend que toute résistance est inutile; bientôt, il écoutera docilement et fera tous les efforts qui seront exigés de lui, la guérison apparaissant, en somme, à ses yeux, comme l'unique moyen de revoir les siens et de mettre un terme à sa séquestration.

Il va de soi que le traitement ne sera couronné de succès que si le médecin arrive à capter complètement la confiance du malade, que s'il réussit, comme l'a fait très justement remarquer Janet, « à pénétrer le mécanisme moral de beaucoup de ses accidents ».

Mais si, chez les enfants ou les adultes dont les accidents ne sont pas de date ancienne, chez ceux dont les troubles ne sont encore que superficiels, l'isolement peut suffire, *à lui seul*, pour amener la guérison, en permettant au malade de se ressaisir, en donnant à son système nerveux le repos nécessaire pour qu'il rentre dans l'ordre, il n'en est pas ainsi dans un grand nombre de cas, et un des avantages de la *méthode d'isolement* consiste précisément à permettre l'application de tous autres moyens thérapeutiques adjuvants.

Au début, l'isolement devra être absolu, et vous, médecin traitant — retenez bien ce conseil — vous devez rester le directeur autorisé pour tout ce qu'il y a à prescrire à votre malade, le maître absolu pour les solutions à intervenir. Ainsi seulement vous réussirez à obtenir la guérison. Vous vous rappellerez que l'isolement doit amener un changement radical dans la vie de l'hystérique. Ce n'est que peu à peu que cet isolement pourra devenir moins rigoureux. La correspondance écrite avec la famille sera tout d'abord autorisée à titre de récompense, si le malade est plein de bonne volonté et fait preuve d'une entière soumission aux prescriptions qui lui sont données. Viendront ensuite les visites des siens, puis enfin les sorties avec eux, de façon que le sujet se réhabitue petit à petit à tous les actes de l'existence. Quelquefois même un séjour à la campagne pourra lui être utile avant de le replonger complètement dans son ancien milieu. Il faut, en effet, qu'il puisse y rentrer sans la plus petite appréhension, sans la moindre arrière-pensée, et qu'il trouve plaisir à se retrouver là où tout, autrefois, était pour lui sujet à troubles et à émotions. Bien souvent, d'ailleurs, l'hystérique est le premier à ne demander sa sortie que lorsqu'il se sent en état de le faire. Toutefois, si l'isolement a duré trop longtemps, il peut finir par être plus nuisible qu'utile, et ce traitement, pas plus du reste qu'aucun autre, ne doit être prolongé indéfiniment.

Quand, au bout de quelques mois, on ne constate, ce qui est rare, aucun résultat favorable, mieux vaut ne pas s'entêter et essayer d'un autre moyen.

Jusqu'à présent, seules les classes aisées avaient pu bénéficier des avantages de l'isolement. A mon collègue, le professeur Déjerine, revient le mérite d'avoir montré qu'il est possible de réaliser dans un milieu hospitalier les conditions d'un traitement psychothérapique tel qu'il se fait dans les maisons de santé. Vous savez comment, dans cet hospice même, il a réussi à organiser, avec des moyens très simples, un véritable service d'isolement. Les résultats obtenus se sont montrés très supérieurs à ceux qu'on observait jadis sur les nombreux névropathes en traitement dans les hôpitaux. Le *repos au lit*, vous le saisissez de suite, apparaît, en tant qu'il s'agit du milieu hospitalier, comme la condition nécessaire de l'isolement.

Ce procédé peut être appliqué avec grand avantage aux hystériques, dans les premiers jours du traitement tout au moins. Il constitue pour le médecin un des meilleurs moyens d'observer le malade et de prendre facilement contact avec lui. D'autre part, toutes les causes d'excitation, tant externes qu'internes, étant nécessairement réduites au minimum, le sujet lui-même se trouve au calme complet, aussi bien physique qu'intellectuel : de ce fait, il se ressaisit, le plus souvent assez vite, et les accidents les plus bruyants de la névrose cessent, en général, rapidement. Enfin la déperdition de chaleur étant moindre, la calorification se trouve favorisée d'autant.

En dehors de certaines localisations de l'hystérie, l'alitement est tout particulièrement nécessaire aux *anorexiques*, en général anémiés et affaiblis. Le régime lacté pourra parfois être avantageusement institué pendant quelques jours ; mais, d'une façon générale, on doit chercher à revenir le plus vite possible à une alimentation normale, sans suralimentation. La plupart du temps, en effet, la lenteur de la digestion est due à l'insuffisance de sécrétion des glandes et au défaut de contractilité du tube digestif. Seront donc indiqués tous les aliments susceptibles de raviver les fonctions diminuées, quand elles ne sont pas, pour ainsi dire, complètement abolies. L'alimentation la plus variée est de beaucoup préférable à toute autre. La nutrition étant plus ou moins ralentie, l'augmentation de poids sera, pour le malade aussi bien que pour le médecin, le meilleur signe des progrès accomplis ; elle permettra de se rendre compte de la marche plus ou moins rapide vers la guérison. Il ne faut pas craindre, comme le dit justement Sollier, en dépit des souffrances de la digestion qu'accusent ces malades, de leur imposer — et cela en faisant prendre les repas devant soi — telle ou telle alimentation jugée nécessaire.

L'isolement n'est, pour certains psychothérapeutes, qu'un moyen auxiliaire destiné à faciliter la rééducation psychique, dont les entretiens psychothérapiques constituent l'élément principal. Qu'on doive s'efforcer de montrer à l'hystérique la fausseté de ses conceptions relativement à ses sensations, à ses impressions, en lui expliquant la véritable nature des troubles morbides qu'il éprouve, ceci ne fait de doute pour personne. Mais un fait domine tout le traitement moral de l'hys-

térie : le médecin doit prendre, tout d'abord, l'absolue direction de l'esprit du malade qui, de par son extrême faiblesse psychique, de par son aboulie, est incapable de se gouverner lui-même. Hors de là, pas de succès possible. Peut-on d'ailleurs prétendre, pour ce faire, s'adresser toujours uniquement à la raison du sujet? La suggestion — ce mot étant compris dans son sens général — à l'état de veille, paraît avoir bien souvent une part considérable dans les arguments qui ne semblent, à première vue, que persuasifs, et elle est un puissant moyen de traitement. La confiance, anticipée ou acquise du malade, reste, elle aussi, un des facteurs les plus importants de l'auto-suggestion de guérison, guérison que la persuasion seule est incapable de réaliser. Mais ce qu'il faut, avant tout, dans l'hystérie, c'est faire la rééducation des éléments de la synthèse mentale, mémoire, volonté, jugement et, tout spécialement, de l'attention. Il est absolument nécessaire, en dehors de la dissociation des idées fixes, quand elles sont à la base de la névrose, de ramener dans la conscience une foule de notions qui n'y pénètrent plus : or, c'est là précisément ce qui différencie grandement le traitement psychothérapique de l'hystérie de celui de la neurasthénie et de la psychasthénie.

Le médecin doit, pour la première, régler la vie du malade; il doit lui imposer chaque jour des travaux qui l'empêchent de rester oisif et qui, tout en ne présentant pas de difficultés pouvant amener l'ennui ou la fatigue, nécessitent néanmoins une mise en jeu de l'intelligence, un effort d'attention suffisant. Ce point a été très bien mis en lumière par M. Janet; j'ai eu l'occasion de vous parler maintes fois de ces faits et de vous en rendre témoins dans le cours de son enseignement.

Au surplus, la rééducation *psychique* ne peut aller sans la rééducation *physique*, avec laquelle elle est très étroitement unie. Parmi les stigmates de l'hystérie, les *troubles de la sensibilité*, tels que nous les constatons si souvent en dehors de toute suggestion attribuable au médecin, sont souvent, quoi qu'on en dise, des plus importants, des plus tenaces. Pratiquement, leur disparition complète et permanente est un des meilleurs signes de guérison de la névrose; elle entraîne avec elle celle de tous les accidents hystériques concomitants : « Un hystérique n'est complètement guéri, avait coutume de dire Charcot, qu'au moment où toute trace d'anesthésie a disparu. » De là, la valeur curative des agents physiques sur ces accidents hystériques. Vous savez combien ont été nombreux à un moment donné les divers esthésiogènes employés contre les manifestations anesthésiques de la névrose. Qu'ils agissent réellement par eux-mêmes (actions mécaniques, électricité, massage, vibrations, etc., etc.), ou qu'ils semblent ne constituer qu'une suggestion armée (métaux, aimants, etc.), ces divers procédés, méthodiquement appliqués, sont autant de moyens de rééducation de l'*attention*. On pourrait à la rigueur en dire autant de la médecine d'imagination (pilules au bleu de méthylène, etc.), qui n'agit, en somme, que par l'*attention expectante* qu'elle provoque.

M. Janet a bien montré qu'en dehors de ces moyens il est possible de restaurer la sensibilité en se contentant d'attirer l'attention du malade sur les parties insensibles, en lui décrivant les sensations qui vont se produire au fur et à mesure que

son anesthésie se modifiera, le tout pouvant être accompagné, d'ailleurs, de quelques mouvements et du massage de la région. Non moins grand me semble être le rôle de la rééducation *de l'attention* dans tous les procédés employés par M. Sollier pour provoquer le réveil de la sensibilité. Les exercices musculaires, les mouvements passifs, forcés jusqu'à la douleur, suivant la méthode de ce dernier, la gymnastique suédoise d'opposition surtout, sont évidemment autant de moyens très puissants de rééducation de l'attention, de la volonté et du jugement. Dans bien des cas, l'intervention des agents physiques peut être d'un grand secours. Dans un travail récent, M. le Dr Magnin a rappelé les expériences qu'il avait faites, en 1883, dans le service de Dumontpallier, sur les hystériques anesthésiques, au moyen d'excitations mécaniques faibles et répétées; les effets esthésiogènes obtenus étaient des plus nets : même en dehors de l'action physique, les résultats étaient d'autant plus rapides « que le sujet voyait ce qu'on faisait et que son attention était plus complètement fixée sur le point excité ». De même, M. Dubois (de Saujon) a montré l'action du massage vibratoire sur la fixation de l'attention. Vous savez quels services peut rendre l'emploi du pinceau faradique dans le traitement des anesthésies. M. Delherm a bien fait ressortir la valeur qu'en dehors de son action particulière de sommation, l'électricité peut avoir dans l'hystérie, en tant qu'agent de rééducation. Pour ne prendre qu'un exemple, il a mis en relief l'avantage qu'il y a, dans le traitement *des paralysies*, à attirer l'attention du malade sur les contractions musculaires que provoque le courant électrique, à l'inviter, en même temps qu'on applique les électrodes, à faire l'effort de volonté nécessaire pour accomplir le mouvement. En procédant ainsi, le sujet peut bientôt exécuter seul, et sans le secours du courant, dont on diminue progressivement l'intensité, tel mouvement dont, jusque-là, il se croyait incapable. De même, les mouvements passifs, méthodiquement employés, peuvent être très utiles dans le traitement de ces paralysies. « On fera, dit Gilles de la Tourette, exécuter passivement aux membres paralysés les divers mouvements physiologiques à diverses reprises. »

Et en agissant ainsi, on mettra en œuvre les ressources du traitement psychique, car on réveillera, par les mouvements communiqués, les images motrices qui semblent faire défaut chez le sujet. On emploiera, concurremment avec les autres moyens de traitement, le procédé thérapeutique que Charcot expose en ces termes :

« En premier lieu, dit-il dans une de ses leçons, on agit, autant que possible, sur l'esprit des malades, en leur affirmant, d'une façon formelle, que leur paralysie, malgré sa longue durée, n'est pas incurable et qu'au contraire, elle guérira très certainement à l'aide d'un traitement approprié, au bout de quelques semaines peut-être, s'ils veulent bien nous y aider. En second lieu, les membres affectés seront soumis à une gymnastique particulière. Nous mettons à profit les mouvements volontaires qui subsistent encore chez les deux malades (présentés aux auditeurs de cette leçon) à la vérité à un degré très faible, et nous cherchons à augmenter progressivement l'énergie par un exercice très simple. Un dynamo-

mètre est placé dans la main de chacun d'eux et on leur fait serrer de toutes leurs forces, en les exhortant à augmenter progressivement, dans chaque expérience, le chiffre que marque l'aiguille sur le cadran de l'instrument. Cet exercice est répété, régulièrement, à chaque heure du jour, environ trois ou quatre fois. Ces épreuves ne doivent jamais être ni trop prolongées, ni trop multiples. Nous avons remarqué, en effet, que quand les exercices sont poussés trop loin, ou répétés trop souvent, le chiffre maximum marqué par l'aiguille tend à s'abaisser. »

J'ai tenu à vous donner cette longue citation parce qu'elle vise des faits très justes.

« Si l'impuissance motrice est complète, ajoute Gilles de la Tourette, on pourra procéder de la façon suivante :

« Le bras droit étant paralysé, par exemple, on place la main droite à plat, près de la main gauche saine; puis on commande au sujet de mouvoir lentement le pouce gauche pendant qu'il fixe son attention et son regard sur le pouce droit paralysé. Ce moyen est excellent pour réveiller les images motrices. Avec un peu de persévérance, on voit, au bout d'un certain temps, toujours variable d'ailleurs, réapparaître les mouvements dans le pouce d'abord, puis dans les autres doigts, et, enfin, dans le membre tout entier. En combinant ces moyens psychiques avec les excitations physiques, on obtient presque toujours d'excellents résultats. »

Pour le dire en passant, cette influence du *mouvement* sur l'*idée* et l'*attention* se retrouve encore manifeste dans le traitement des tics et des chorées. Chez ces malades, le trouble ne porte plus sur l'énergie des mouvements, mais bien sur leur coordination. Qu'il me suffise de vous rappeler la méthode que, dès 1854, Laisné employait à l'hôpital des Enfants-Malades sur les choréiques du service de Blache. Si, dans les cas de peu d'intensité, les mouvements, bien rythmés et exécutés au commandement, pouvaient suffire, dans les cas graves, après avoir, pendant les premiers jours du traitement, pratiqué le massage général de tous les muscles, Laisné, à chaque séance, faisait d'abord garder l'immobilité absolue pendant quelques minutes, puis il employait les mouvements passifs rythmés. Or, ce mouvement communiqué produit, on le sait, un effet sédatif très marqué; de plus, il contribue à suggérer au malade l'idée du mouvement actif, puisqu'il en rappelle l'image, et, s'il est convenablement cadencé, l'idée du mouvement bien coordonné. C'est précisément ce qui avait lieu chez les malades de Blache qui finissaient par passer insensiblement de ce mouvement passif rythmé au mouvement volontaire coordonné. C'est en partie sur les mêmes principes, vous le savez, que reposent les diverses méthodes proposées dans l'éducation et la rééducation des tiqueurs et vous saisissez de suite de quelle utilité peut être l'emploi de ces procédés dans le traitement des *myoclonies hystériques*.

L'exercice musculaire agit donc, ainsi que l'a montré Lagrange, sur les facultés intellectuelles qui, de prime abord, ne semblent avoir qu'un rapport éloigné avec le fonctionnement des muscles, et il contribue à développer la puissance du jugement, si nécessaire à l'exécution de tout acte bien adapté au but qu'il se propose. Les nombreuses impressions périphériques occasionnées par le jeu de nos muscles

excitent, en effet, sans cesse, les cellules de l'écorce. Si le travail musculaire se fait méthodiquement, on conçoit que les perceptions qui en sont la conséquence tendront elles-mêmes à devenir normales, si elles sont exagérées et incoordonnées. Les hyperesthésies pourront aussi être heureusement modifiées. On comprend dès lors pourquoi le massage, les vibrations, prudemment appliqués, amènent quelquefois la disparition des accidents douloureux qui peuvent céder aussi sous l'influence d'une faradisation révulsive légère et bien maniée. Enfin, l'électricité statique donne parfois dans ces cas de bons résultats; mais, comme pour les moyens précédents, il faut procéder avec prudence. On emploiera d'abord le bain statique général, et ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'on tentera d'agir localement, à distance d'abord et, enfin, au contact des téguments.

C'est encore le massage qui est l'agent de guérison le plus puissant dans la thérapeutique des *contractures* et vous savez combien, en pareille circonstance, il faut se hâter d'intervenir. En dehors de celles qui succèdent aux attaques, leur apparition est loin d'être toujours brusque; bien souvent, au contraire, elles surviennent insidieusement et, dans ces cas, elles résistent d'autant plus au traitement qu'elles durent depuis plus longtemps. Le massage par effleurage doit être employé tout d'abord; mais, peu à peu, il faut aller jusqu'à provoquer de la douleur, car ce n'est qu'après son apparition que la contracture cède. Du reste, la guérison des accidents hystériques, de quelque nature qu'ils soient, est toujours accompagnée d'une algie plus ou moins vive de la région qui en était le siège; l'idée fixe elle-même, quand elle existe, ne s'en va pas sans céphalalgie. Au massage, on pourra joindre l'action du courant galvanique si la contracture s'accompagne d'hyperesthésie, l'action de l'électricité faradique si la contracture coïncide avec de l'anesthésie. Le courant électrique et le massage seront également le moyen à employer contre la plupart des *troubles trophiques* de la névrose.

La mise en jeu répétée de tous nos organes contribue à en rendre le fonctionnement plus facile et plus régulier. Vous savez combien sont démonstratifs à cet égard les résultats obtenus sur l'appareil respiratoire au moyen d'exercices d'inspiration et d'expiration, méthodiquement rythmés. Ces manœuvres augmentent l'amplitude des mouvements du poumon en même temps qu'elles le rendent moins vulnérable; elles permettent donc de faire l'éducation et, quand besoin est, la rééducation de la respiration. On comprend donc la bonne influence que peuvent avoir ces exercices respiratoires sur les attaques de spasme, de toux, de dyspnée, et sur les phénomènes d'hystérie pulmonaire.

Tous nos viscères sont susceptibles d'être ainsi rééduqués. Comme ces modifications produites par l'exercice ne peuvent, en définitive, s'expliquer que par l'intervention des centres nerveux, on comprend de quelle utilité sont, dans le traitement de l'*hystérie viscérale*, les perfectionnements fonctionnels qu'une gymnastique méthodique — la gymnastique suédoise d'opposition en particulier — permet d'obtenir. Mais là encore il faut s'attacher à stimuler l'attention du malade et, dans bien des cas, pour obtenir ce résultat, l'action des agents physiques interviendra très utilement.

Parmi les *troubles digestifs*, qui sont de beaucoup les plus fréquents, le spasme de l'œsophage sera heureusement modifié par les courants électriques et surtout sous l'influence du massage vibratoire appliqué suivant la méthode de M. Dubois (de Saujon). Mais l'anorexie constitue l'accident le plus sérieux, le plus grave, tout spécialement lorsqu'elle est accompagnée de vomissements parfois incoercibles. On doit, — cela va de soi — combattre les anesthésies viscérales, les contractures, les spasmes; l'électricité, le massage vibratoire peuvent ici encore donner de bons résultats. Il en va de même de la rééducation de la déglutition et de la respiration; mais, je ne saurais trop vous le répéter, le traitement moral est ici de toute première importance; l'*isolement* constitue, dans ce cas, le procédé de choix, comme du reste, dans les autres variétés de l'hystérie gastrique; il donnera parfois, à lui seul, des résultats véritablement surprenants.

Reste à envisager le traitement de l'*attaque* d'hystérie. Celle-ci ne présente, le plus souvent, par elle-même, aucun danger, et dès l'instant que toutes les précautions voulues ont été prises, il n'y a pas d'inconvénient à lui laisser suivre son cours. Toutefois, isolez le malade de son entourage; affirmez ensuite à haute voix que la crise touche à sa fin et, fréquemment, tout sera vite terminé. S'il en est autrement, cherchez à modifier la nature du paroxysme. A ce point de vue, la compression d'une zone frénomotrice, si elle existe, pourra rendre quelques services. Si l'attaque se prolonge outre mesure, efforcez-vous alors d'entrer en relation avec le sujet; tâchez de saisir son rêve et, bien souvent, vous arriverez à transformer l'accès convulsif ou délirant en somnambulisme provoqué. Il n'y a là rien qui puisse étonner; les travaux de M. Janet, entre autres, ont nettement démontré l'analogie des attaques et des somnambulismes. Nous connaissons, d'autre part, les rapports intimes qui existent entre l'*hypnotisme* et l'*hystérie*, et ceci m'amène à vous parler de l'*hypnose*, en tant que moyen de traitement de la névrose.

Les inconvénients immédiats de l'hypnose sont réellement par trop minimes pour que je m'y arrête, mais il n'en va pas de même de ses conséquences éloignées, des essais intempestifs d'hypnotisation ayant été parfois, chez des sujets prédisposés, l'occasion de l'explosion des premiers accidents nerveux. Mais l'objection me paraît tomber lorsqu'il s'agit d'hystérie confirmée, d'hystérie grave; dans ces cas, les avantages du procédé l'emportent sur ses inconvénients. Du reste, bien manié par un médecin instruit, le *sommeil provoqué* n'expose guère à plus de dangers que n'importe quelle autre méthode thérapeutique. Il a, de plus, par lui-même, en dehors de toute suggestion, une action des plus remarquables que nient seuls les adversaires de parti pris.

Dans les cas d'hystérie récente, il peut intervenir utilement et vous m'avez vu parfois accomplir de véritables miracles, comme à Lourdes, dans le traitement de certains accidents locaux; tels les contractures et les paralysies. Au surplus, tous les moyens thérapeutiques que je vous ai énumérés à propos de la cure des diverses manifestations de la névrose, ont, cela va de soi, une action autrement puissante sur le sujet endormi que sur le malade éveillé. Mais c'est surtout contre les

manifestations anciennes et tenaces de la névrose, dans la genèse et la persistance desquelles l'idée fixe joue parfois un rôle considérable, que l'emploi de l'hypnose nous semble très formellement indiqué.

L'*idée fixe* est, en effet, à la base d'un grand nombre d'accidents hystériques, et, dans ces cas, elle en commande le plus souvent la modalité. Il faudrait, pour arriver à un bon résultat, que le médecin pût toujours connaître celle-ci. Ce serait pour lui le plus sûr moyen d'éviter de faire au malade des suggestions qui, de par la méconnaissance de cette idée fixe, ne correspondent pas à la nature intime du mal, en s'adressant alors à un trouble apparent sans atteindre sa véritable cause. La production du somnambulisme permettra bien souvent de dépister les *idées fixes subconscientes* du sujet, puisqu'aussi bien, dans cet état, il en garde le souvenir, alors qu'il les ignore à l'état de veille. D'ailleurs, ce ne sont pas seulement les idées fixes secondaires, mais aussi l'idée fixe primaire, le choc moral initial qu'il faudra s'efforcer de découvrir par ce procédé.

Il est encore le meilleur traitement *des états de mal et de somnambulisme naturels*, puisqu'il permet la destruction de l'émotion provocatrice. Bien souvent le malade se trouve ainsi grandement soulagé, lorsqu'on a ramené dans sa conscience la cause profonde de ses misères, celle-ci, tout à fait subconsciente, étant ignorée du sujet; il est facile alors d'obtenir de lui des efforts auxquels, jusque-là, il se refusait absolument. Mais il ne suffit pas de connaître l'idée fixe, il faut chercher à la détruire, à la dissocier. On s'efforcera de faire disparaître par la suggestion un ou plusieurs de ses éléments les plus importants. Nous venons de voir comment il est possible, en entrant dans le rêve du sujet, de transformer le délire de l'attaque en somnambulisme. Une substitution analogue peut s'opérer dans les idées fixes; on peut modifier ainsi, peu à peu, cette sorte de rumination mentale à laquelle le malade se livre sans cesse. M. Janet a été jusqu'à suggérer au sujet un accident réel, une contracture, par exemple, pour détourner de son esprit, par une diversion violente, le concept mental qui l'obsédait. Nous savons, d'ailleurs, qu'à l'état de veille un choc moral intense peut suffire parfois à ramener l'état psychique à son taux normal. Rappelez-vous l'histoire de cet homme qui guérit au moment même où on lui annonce un héritage de sept mille francs, celle de cette femme dont les accidents cessent brusquement lorsque, dans la procession, elle voit le prêtre agiter l'ostensoir, etc. Lorsqu'on réussit à supprimer ou à transformer l'idée fixe primaire, un véritable changement à vue s'opère dans l'état du malade. Les accidents actuels disparaissent rapidement, l'idée qui les entretenait n'existant plus; les stigmates permanents eux-mêmes se trouvent bientôt très avantageusement modifiés, s'ils ne s'éteignent pas totalement.

Le mauvais sommeil des hystériques est ordinairement dû à un rêve terrifiant qui détermine, en somme, le réveil par le même mécanisme qu'un cauchemar oppressant chez l'individu sain, mais ce rêve demeure, toutefois, subconscient dans la veille. La dissociation de l'idée fixe contribuera donc, en permettant le calme de la nuit, à réparer la santé physique et morale du sujet.

Quand l'idée fixe est de date ancienne, sa résistance est énorme, sa destruction

très difficile et, vraiment, dans ces cas, la persuasion ne peut rien. C'est alors qu'il faut agir sur les concepts mentaux figés dans le cerveau, et avec d'autant plus de persévérance que la ténacité des accidents hystériques n'est, en somme, que la manifestation extérieure d'états émotifs persistants, dont la disparition est seule capable d'amener la guérison complète.

L'emploi des médicaments n'a, cela va de soi, qu'une importance très relative dans le traitement de l'hystérie. Seule la médication tonique peut être parfois utile, les préparations ferrugineuses et amères donnant, dans ce cas, d'assez bons résultats.

Par contre, les agents de la physicothérapie, l'*hydrothérapie* et l'*électricité* en particulier, constituent sans contredit des modificateurs très puissants de l'état général.

La douche froide tout spécialement, en jet brisé et de courte durée, joint à ses effets toniques très énergiques une action esthésiogène marquée; elle augmente les oxydations et les échanges de l'organisme; elle est donc très utile pour combattre la dépression nerveuse et l'anémie; les résultats obtenus sont parfois très notoires. Lorsqu'elle est mal supportée, on peut essayer avec avantage de la douche écossaise, avec passage, brusque ou lent, de la chaleur au froid. Une friction sèche après la douche, une petite promenade favoriseront la réaction. Mais bien souvent, quoi qu'on en ait dit, c'est à la douche tiède ou chaude, aux ablutions mitigées qu'il faudra recourir, tout spécialement chez ces malades pour lesquels la sensation de froid constitue un véritable supplice; chez eux, souvent, quels que soient les moyens employés, la réaction ne se fait pas. Les bains tièdes ou chauds pourront aussi être très utiles, notamment dans les cas d'insomnie rebelle. Le drap mouillé rendra également quelques services au début du traitement, chez les sujets un peu délicats.

Ce que je vous ai dit de l'électricité au cours même de cette leçon me dispense d'y revenir. Retenez bien, toutefois, les propriétés toniques générales de l'électricité statique; elle peut servir à relever les forces et, dans certains cas, elle paraît agir avantageusement sur l'insomnie.

Vous parler du traitement chirurgical de l'hystérie serait vous remettre en mémoire la période douloureuse pendant laquelle tant de malheureuses femmes ont été estropiées sans résultat thérapeutique appréciable. Parfois, cependant, le chirurgien pourra être appelé à remédier aux troubles trophiques péri-articulaires (adhérences, rétractions tendineuses ou musculaires) consécutifs à la trop longue durée ou à l'immobilisation intempestive de paralysies ou de contractures, tout spécialement des membres inférieurs. De là cette pratique, qu'employait Charcot, de chloroformer de temps en temps les malades atteintes de contractures pour vérifier, pour ainsi dire, le degré de mobilisation possible de leurs membres. Il va de soi que cet examen peut être facilement fait à l'état de veille dans les cas de paralysie.

Telles sont, Messieurs, les considérations très générales sur le traitement de l'hystérie que j'ai cru nécessaire de développer devant vous à propos des malades présentés dans ma leçon d'aujourd'hui.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Traitement de l'arthrite rhumatoïde, discussion de la Brit. med. Assoc. (*The Lancet*, 17 août 1907). — Dans cette discussion, Luff a fait remarquer que l'arthrite rhumatoïde est une maladie constitutionnelle et que les lésions articulaires ne sont qu'une partie du processus morbide. Ce fait a son importance au point de vue du traitement, surtout lorsqu'on emploie les méthodes mécaniques. On admet généralement qu'il s'agit d'une maladie infectieuse ayant sa porte d'entrée dans le canal alimentaire et peut-être dans d'autres régions. Le surmenage, le traumatisme, les causes débilitantes jouent le rôle de causes prédisposantes.

Au point de vue pratique, le diagnostic précoce a une grande importance, car on peut obtenir de bien meilleurs résultats par le traitement avant la production de difformités articulaires.

Le traitement de l'arthrite rhumatoïde diffère sous beaucoup de rapports de celui du rhumatisme ou de la goutte, d'où l'importance d'un diagnostic exact. Le régime doit être aussi substantiel que le malade peut le supporter, l'alimentation carnée doit être copieuse. On peut donner aussi avec avantage du stout ou de l'ale. Les médicaments recommandés par Luff sont le gaïacol et l'iodure de potassium. Il donne trois fois par jour 0 gr. 60 de carbonate de gaïacol, et augmente les doses dans la suite. Le traitement doit être continué au moins pendant douze mois sans interruption; en même temps on donnera de l'iodure de potassium combiné à quelque tonique, pour contre-balancer ses effets dépressifs. L'iodure de fer a aussi donné de bons résultats.

Gore, en dehors du régime reconstituant, préconise comme traitement local les bains de lumière électrique et le massage. Les procédés diaphorétiques sont très utiles en facilitant probablement l'excrétion des toxines par la sueur. Forster a discuté l'influence du climat dans le traitement de la maladie; on doit utiliser les stations chaudes et ensoleillées.

Lees a recommandé le salicylate de soude, en commençant par les doses faibles, qu'il augmente peu à peu jusqu'à production d'effets toxiques, puis il diminue les doses pour recommencer ensuite un traitement intensif, jusqu'à donner une vingtaine de grammes dans un jour en dix doses. Il faut, en même temps, administrer la même quantité de bicarbonate de soude. Odell a obtenu de bons résultats du gaïacol, des hypophosphites et de l'ichthyol à l'intérieur. La méthode de Bier est applicable lorsque peu d'articulations sont affectées. Enfin on peut recourir aux révulsifs sur la colonne vertébrale dans le cas d'arthropathies spinales.

L. Jumon.

L'acide pyroligneux et son emploi à l'intérieur dans l'arthrite déformante, par L. Kolipinsky (*The Monthly Cycl. of pract. med.*, juillet 1907). — L'acide pyroligneux ou vinaigre de bois est une drogue tombée dans l'oubli. C'est un liquide clair, brun foncé, d'une odeur surtout acétique ou qui contient 5 à 9 p. 100 d'acide acétique, 6 à 10 p. 100 d'alcool méthylique et 1 p. 100 de phénol et de créosote. La propriété la plus remarquable de l'acide pyroligneux est son pouvoir antiseptique. Le goût est celui du vinaigre avec un arrière-goût de goudron. Il n'a pas d'action caustique ni irritante locale. L'odeur est surtout empyreumatique, elle est celle du jambon fumé.

L'auteur l'a employé à la dose d'une à

deux cuillerées à thé dans un demi-verre d'eau ou davantage, trois fois par jour. Son emploi prolongé cause de la répulsion, on doit alors en cesser l'usage ou diminuer les doses. L'acide pyroligneux a des propriétés toxiques qui sont celles des constituants qu'il renferme.

L'auteur recommande de ne pas dépasser une cuillerée à thé chez les malades atteints d'insuffisance cardiaque, de lésions valvulaires, de dégénérescence cardiaque.

Pour l'usage externe, c'est un excellent topique pour traiter les accidents de décubitus, dans les maladies chroniques, dans la fièvre typhoïde.

L'acide pyroligneux a été surtout employé dans le rhumatisme déformant. D'après l'auteur, il donne des résultats rapides, fait disparaître la douleur active et passive, ainsi que la rougeur et la tuméfaction; les mouvements deviennent plus souples, les articulations se mobilisent et peuvent recouvrer leurs fonctions.

Sous l'influence du médicament, il serait beaucoup plus facile d'imprimer sans douleur des mouvements au membre, et ces mouvements passifs ne sont plus suivis de réaction inflammatoire aussi forte.

La restauration de la fonction est surtout marquée pour les mains et les doigts.

Aussi l'auteur, qui apporte un certain nombre d'observations où les résultats ont été très nets, croit qu'on pourrait recourir avec avantage à ce médicament oublié dans le rhumatisme déformant.

L. Jumon.

Les faux diabètes : diagnostic. Traitement, par Lebeaupin (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 25 juillet 1907). — L'auteur recommande de ne pas se contenter d'une seule constatation de sucre urinaire pour affirmer le diagnostic de diabète. La glycosurie alimentaire peut apparaître chez nombre de sujets, sans polydypsie, sans polyphagie, sans polyurie, sans déchéance organique. L'urine reste normale, en quantité et en densité, son acidité est plus grande, et le taux du sucre est peu élevé. Le diagnostic a son importance, surtout chez les jeunes sujets arthritiques, car le pronostic n'a pas alors la gravité de celui du diabète vrai.

La sévérité du régime classique n'est pas indispensable dans ces cas : la proscription des hydrates de carbone présente surtout des inconvénients, car ces aliments sont indispensables à la vie.

Si la glycosurie évolue sur un terrain arthritique, il faut se garder de recommander un régime carné, et ne permettre que les viandes blanches en proportions restreintes. Les alcalins seront à la base du traitement médicamenteux.

S'il s'agit d'une glycosurie azoturique, c'est l'arsenic qui donnera les meilleurs résultats.

En cas de glycosurie digestive, le régime carné sera indiqué et les féculents seront remplacés autant que possible par les graisses. Cette forme se rencontre souvent chez des femmes habituées à se nourrir de pâtisseries, de chocolats, etc., et il est alors souvent fort difficile de faire perdre aux malades leurs habitudes alimentaires, car la viande est mal digérée.

Dans la glycosurie nerveuse, le bromure de potassium, les antispasmodiques, les narcotiques seront prescrits.

En ne se décidant à poser le diagnostic de diabète qu'après mûr examen, on évite, en outre, d'impressionner fâcheusement les malades.

E. Vogt.

Cachets contre l'uricémie, d'après M. Huchard (*Journal de médecine de Paris*, n° 28, 14 juillet 1907, p. 267).

Quinate de lithine....	0,25 centigr.
Théobromine.....	0,25 —

Pour 1 cachet.

Prendre deux ou trois cachets par jour.

Pierre Sée.

Chirurgie générale.

Dr Benoît,
Ancien interne des hôpitaux.

L'anesthésie lombaire, par Mohrmann (*Therap. Monatshefte*, juillet-août 1907). — Après une revue consciencieuse de tous les travaux parus sur cette question, l'auteur relate les résultats de ses recherches personnelles, instituées avec les ampoules de novocaïne-suprarénine du commerce, de la capacité de 3 cc. (chaque ampoule contient 0,15 novocaïne et 0,000325 suprarénine en solution aqueuse).

L'auteur estime qu'il ne faut appliquer la méthode qu'en cas d'opérations sur une région inférieure à la ligne horizontale reliant

les deux épines iliaques. On peut en général commencer à opérer quatre à huit minutes après l'injection (quantité injectée 2 à 2, 6 cc. du mélange ci-dessus). La durée de l'anesthésie peut atteindre plus de cent minutes, mais l'action disparaît parfois au bout de quatre à cinq minutes déjà. Dans 72 cas sur 85, l'anesthésie fut complète. Dans 19 cas, on combina la narcose à l'éther et la méthode de Bier : le procédé est surtout avantageux dans les cas où le cœur n'est pas normal.

38 malades ne présentèrent aucun malaise consécutif, les autres divers troubles (13 céphalées légères); en outre 19 ne purent être suivis. Les antinévralgies calment du reste fort bien les accidents de ce genre, qui se montrent surtout quand l'anesthésie est incomplète ou lentement obtenue. L'auteur estime que dans ces cas la suprarénine était décomposée et n'a pu exercer son action inhibitrice : la novocaïne a passé trop brusquement dans le torrent circulatoire.

Il est donc prudent de ne se servir que d'ampoules fraîches ou de n'ajouter la suprarénine qu'au moment de l'opération à la solution à 10 p. 100 de novocaïne.

Comme contre-indication absolue, l'auteur cite les suppurations aiguës ou chroniques.

E. Vogt.

Influence des injections chlorurées sodiques sur l'action du chloroforme pendant et après la narcose, par Burckardt (*Arch. f. klin. Chirurgie*, fasc. 82, 1907). — Une série d'expériences et d'observations cliniques ont démontré à l'auteur qu'une injection de sérum physiologique avant la narcose diminue la toxicité du chloroforme, qui est moins aisément aborbé par le sang, d'où conservation de la pression sanguine aux environs de la normale. En outre, les phénomènes classiques qui suivent la narcose sont diminués dans une large mesure. La pression sanguine restant élevée, le narcotique est rapidement éliminé par le poumon.

A la clinique de Wurzburg, tous les grands opérés reçoivent, depuis quelques mois, une injection de 1500 à 2000 cc. de sérum physiologique quinze à trente minutes avant l'intervention. On choisit la voie intraveineuse, avec anesthésie locale. On n'observa jamais, au cours de l'opération consécutive, d'hémorragie trop abondante ou quelque autre trouble.

Ces injections sont surtout indiquées dans les cas où le cœur est faible, les reins anormaux, quand la teneur en hémoglobine du sang est abaissée et quand il s'agit de pratiquer de grandes opérations dans le domaine urinaire.

E. Vogt.

Genu valgum des adolescents, par René Le Fort (*L'Echo médical du Nord*, 21 juillet 1907). — Dans une leçon clinique sur un cas de genu valgum chez un garçon de seize ans, l'auteur rappelle les lignes du traitement de l'affection à cet âge. Comme on ne peut agir sur la difformité par le redressement par étapes, l'auteur pratique ici l'ostéotomie supra-condylienne ou opération de Mac Ewen. Une incision faite au-dessus du condyle divise les tissus sur une étendue de quelques centimètres jusqu'à l'os. Après décollement du périoste, l'ostéotome est introduit dans la plaie jusqu'au contact de l'os, un quart de cercle est imprimé au tranchant dont la direction devient perpendiculaire à l'axe du fémur. Marteau et ciseau sectionnent alors le fémur à un travers de doigt au-dessus du condyle interne. Les dernières travées osseuses sont rompues à la main, le membre mis en bonne position est maintenu par un appareil plâtré.

L'incision pratiquée au côté interne permet d'éviter plus sûrement l'échappée vers les vaisseaux, de pratiquer au besoin l'ablation d'un fragment en coin à sommet externe pour faciliter la mise en rectitude et de fournir en même temps pour l'examen histologique les matériaux utiles.

Le genu valgum étant bilatéral, faut-il opérer les deux membres en une seule séance ?

Il semblerait, étant donné que le traumatisme opératoire est peu considérable et que l'intervention est simple, qu'il est préférable de pratiquer l'opération en un temps pour diminuer la durée du séjour du malade à l'hôpital.

Mais, en pratique, l'ostéotomie double à l'inconvénient de conduire à l'immobilisation des deux cuisses et du bassin, et la nécessité des fonctions intestinales et urinaires rend difficile cette situation.

D'un autre côté, on ne peut recourir ici à l'extension continue qui donne de bons résultats dans les fractures des parties supérieures et moyennes du fémur pour remplacer l'appareil plâtré. L'extension continue est défectueuse dans les fractures condy-

liennes, parce qu'elle ne peut avoir son point d'appui que sur la jambe et qu'elle disloque ici l'articulation du genou et tiraille ces ligaments. Pour ces raisons, l'auteur a eu recours dans ce cas aux ostéotomies successives.

L. JUMON.

La ténosite achilléenne ou maladie de Schanz, par I. LABOUGLE (*Le Caducée*, 20 juillet 1907). — La ténosite du tendon d'Achille peut être essentielle et relever de l'arthritisme, de la goutte, être peut-être traumatique, provoquée par des tiraillements excessifs du tendon, exercices excessifs, frottement de la chaussure.

L'affection se traduit par de la douleur dans la marche, le saut, la course, la descente d'escalier, le pied tend à s'incliner en dehors. Le diagnostic se fait par la présence d'une tuméfaction au niveau du tendon, indépendamment de toute syphilis, de la blennorragie, par la limitation au point contus en cas de traumatisme. L'affection diffère de la synovite du même tendon et de l'achillodynie ou hygroma de la bourse rétro-calcanéenne.

Le traitement consiste dans le repos, l'immobilisation du membre dans une botte ouatée, l'application de quelques résolutifs, tels que la teinture d'iode, le salicylate de méthyle ou même les pointes de feu dans les formes lentes.

Au point de vue général on diminuera le régime azoté, on prescrira les diurétiques, le benzoate de soude et la lithine. Schanz a préconisé l'application d'un appareil au diachylon, dont les croisés sur le pied et les circulaires remontant au-dessus du mollet auraient pour effet de maintenir l'immobilité du pied et de permettre la marche.

On pourrait essayer la méthode de Bier.

On a proposé dans les formes rhumatismales l'emploi des injections locales de salicylate de soude à 2 et 3 p. 100 suivant la méthode de Bouchard.

L. JUMON.

Remarques sur le traitement des plaies de l'abdomen par armes à feu, par TULLY VAUGHAN (*The Amer. J. of. the med. sc.*, août 1907). — L'auteur relate ici trois observations. Le premier blessé avait dix perforations de l'intestin et deux perforations de la vessie. Les dix perforations portaient toutes sur une longueur de deux pieds d'intestin grêle. Six furent fermées par des sutures à la soie; la portion sur laquelle se trouvaient les quatre autres fut réséquée. Quant à la vessie, elle fut drainée par une sonde à demeure, après avoir fermé une des perforations accessible. Le malade guérit.

Le deuxième blessé avait neuf perforations de l'intestin grêle et deux de la vessie; l'opération fut faite douze heures après l'accident, mais le malade mourut.

Dans le troisième cas, il y eut des plaies du foie, de l'estomac, du pancréas et du rein, qui guérirent après l'opération; mais deux mois plus tard, une nouvelle opération fut nécessaire pour un abcès en rapport avec le pancréas.

Les deux premiers cas montrent l'importance d'une opération précoce. Les plaies étaient presque identiques comme siège et gravité, mais un des malades fut opéré au bout de quatre heures et il n'y eut pas de péritonite, tandis que le second malade, opéré plus tard, fut atteint de cette complication.

Dans les cas où la vessie est perforée, il est nécessaire d'employer la sonde pour drainer la vessie, lorsqu'on ne peut fermer une plaie. Mais l'auteur a recours à la sonde même lorsqu'il a pu fermer la perforation, afin d'éviter la tension de la plaie pendant sa cicatrisation.

L. JUMON.

Indications de la cholécystectomie, par BLAND-SUTTON (*The Lancet*, 17 août 1907). — La bile est un liquide purement excrémentiel, et les calculs sont le résultat de lésions des parois des conduits biliaires et de la vésicule. Tout ce qui cause la stase de la bile favorise la formation des calculs, et dans 75 p. 100 des cas, les calculs ont leur origine dans la vésicule biliaire. Les fonctions de cette dernière ont très peu d'importance. Son absence n'entraîne pas d'inconvénients. Beaucoup d'affections biliaires guérissent par la suppression de la vésicule, que l'auteur compare ici, dans ses effets curatifs, à l'ablation de l'appendice.

Les affections dans lesquelles la cholécystectomie est indiquée sont : les lésions de la vésicule, la cholécystite calculeuse, la cholécystite aiguë non calculeuse, les ulcères perforants de la vésicule, l'hydropisie de la vésicule, l'empyème, la fistule biliaire et les néoplasmes primitifs de la vésicule.

Dans tous les cas de cholécystectomie, il faut être absolument certain que le cholédoque est perméable. Lorsqu'il est survenu

une perforation, il vaut mieux enlever la vésicule que d'essayer d'oblitérer la perforation. En résumé, le traitement habituel des lésions de la vésicule est l'excision. Le simple drainage dans les cas de calculs de la vésicule expose à des récidives, soit parce qu'on a oublié des calculs, soit parce que des calculs se forment au niveau des sutures.

L. JUMON.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr PIERRE SÉE,

Lauréat de la Faculté.

La galvanisation du pneumogastrique contre la gastroptose (*Sem. médicale* n° 22, 29 mai 1907, p. 261). — Le traitement médical et même l'intervention chirurgicale ne donnent parfois, dans la gastroptose, que des résultats médiocres. M. A. Riva (de Parme) préconise depuis 1905, contre la ptose gastrique, la galvanisation du nerf vague.

Il conseille la méthode suivante : on fait coucher le malade sur le dos; puis on place une plaque imbibée d'une solution saline sur la région épigastrique ou ombilicale, et deux électrodes plus petites, réunies par un même fil, sur les parties latérales du cou. Le courant doit se diriger du cou vers l'abdomen, et varier de 5 à 10 milliampères. La durée de chaque séance ne doit pas dépasser 10 minutes.

M. A. Borri (de Parme) a obtenu, chez 60 malades, de bons résultats avec ce traitement. La galvanisation du pneumogastrique fait, en effet, disparaître les sensations de pesanteur, revenir l'appétit et engraisser le malade. L'estomac, en même temps, reprend sa position physiologique. Le chimisme toutefois n'est pas modifié, et les sujets restent, en général, hypochlorhydriques.

PIERRE SÉE.

Traitement de l'ulcère rond, par MAI (*Société médicale de Berlin*, 26 juin 1907). — L'orateur recommande l'emploi de l'aluminium en poudre impalpable incorporé à la glycérine, livré au commerce en ampoules, sous le nom d'*escaline*. Dans 10 cas d'ulcère rond, l'hémorragie fut de suite enrayée et il n'y eut aucune récidive. La première selle après l'hématémèse ne contenait déjà plus de sang.

L'escaline s'administre à la dose de 10 à 12 grammes dans un demi-verre d'eau : le topique se dépose en couche épaisse sur les parois de l'estomac et enraie ainsi l'hémorragie.

Le grand avantage du médicament consiste dans le fait qu'on peut, dès le premier jour, donner aux malades 2 œufs et un peu de lait froid, sans crainte de récidive; on continue le jour suivant en augmentant graduellement les quantités administrées, et l'on évite ainsi les troubles graves que provoque l'inanition chez les malades traités par d'autres méthodes.

Le professeur EWALD fait ressortir que Klemperer, en introduisant l'escaline dans l'arsenal thérapeutique, a eu pour but de remplacer le sous-nitrate de bismuth par son produit moins dangereux : ce dernier médicament provoqua chez un de ses malades des accidents mortels. Or, le professeur Ewald a utilisé le bismuth dans une quantité de cas, et n'a jamais observé d'accidents. Il est facile aujourd'hui de se procurer du sous-nitrate de bismuth absolument exempt d'arsenic: dans ces conditions, aucune intoxication n'est à craindre.

D'un autre côté, l'escaline n'a pu enrayer des hématémèses récidivantes chez un malade d'Ewald : on doit recourir à la gastro-entéro-anastomose, qui supprima toute hémorragie.

E. VOGT.

Cas de constipation guéri par des lavages fictifs de l'estomac, par M. D'HALLUIN (*J. des sc. méd. de Lille*, 6 juillet 1907). — Les lavages d'estomac ont été employés contre la constipation et l'auteur a eu l'occasion de les appliquer avec succès dans le cas d'une femme de trente ans, neurasthénique, dont la constipation résistait aux moyens classiques. La malade en était arrivée à prendre tous les jours un lavement huileux. C'est alors que l'auteur propose d'essayer les lavages de l'estomac, qui furent faits durant quinze jours le matin à jeun avec de l'eau bouillie à la température de l'appartement. Dès le deuxième lavage les selles se régularisèrent et devinrent quotidiennes durant un certain temps après la cessation des lavages, puis la constipation reparut. L'auteur proposa de recommencer les lavages, mais se demandant si la suggestion ne

pouvait pas jouer un rôle, il eut l'idée de faire des lavages fictifs de l'estomac. La sonde fut introduite, comme de coutume, mais on fit le simulacre d'un lavage ordinaire sans que la malade se doutât que le liquide ne passait pas dans son estomac. Dès la première séance les selles redevinrent régulières et quotidiennes. Les lavages fictifs furent répétés durant dix jours, une fois tous les deux jours. La malade se déclara complètement guérie et cette guérison s'est maintenue depuis un an. L'observation démontre que les lavages qui ne sont pas toujours efficaces peuvent agir par suggestion dans la constipation. Peut-être ici l'excitation du pharynx et de l'œsophage par la sonde est-elle la cause de la guérison.

L. Jumon.

Sur l'opération du cancer du rectum, par Moritz Berndt (*Münch. med. Woch.*, 23 juillet 1907). — Les principaux dangers de l'extirpation du rectum sont la gangrène du rectum et l'infection de la cavité abdominale et de la plaie. Une seule méthode opératoire permet d'éviter sûrement les accidents et donnent, d'après l'auteur, de meilleurs résultats que jusqu'à présent.

En ce qui concerne les dangers de la gangrène, comme on ne peut toujours s'orienter pendant l'opération sur les rapports des vaisseaux, qui peuvent d'ailleurs avoir une disposition anormale, il faut opérer en deux temps et transplanter la portion la plus élevée possible de l'intestin dans l'anus, en principe l'anse sigmoïde dont les conditions vasculaires sont beaucoup plus favorables que celles des parties les plus inférieures de l'intestin et dont le long méso permet une descente sans tiraillement.

L'infection de la cavité abdominale et de la plaie peut être évitée avec une sécurité absolue lorsqu'on évite de diviser ou d'ouvrir l'intestin dans son intérieur.

D'après ces points de vue, l'auteur se conforme au plan opératoire suivant :

Suturer l'anus; inciser sur le bord gauche du coccyx et du sacrum jusqu'au rectum. Tamponner la plaie avec de la gaze. Inciser l'abdomen sur la ligne médiane, ou inciser en arc au-dessus de la symphyse. Détacher l'intestin avec les ganglions lymphatiques en pratiquant une hémostase soignée et remonter l'intestin depuis l'incision vers le sacrum.

Suturer avec soin le péritoine autour de l'intestin attiré en bas. Chez l'homme on se sert du péritoine vésical, chez la femme on se sert du péritoine de l'utérus et des ligaments larges. Fermer la cavité abdominale. La plaie du bassin qui est alors extra-péritonéale est tamponnée, l'anse intestinale attirée est enveloppée dans de la gaze. Le premier temps de l'opération est alors terminé.

Le deuxième temps commence dès que la gangrène de l'intestin est marquée. Il consiste à enlever le cancer avec la portion gangrenée de l'intestin par le thermocautère, à attirer la portion supérieure de l'intestin à travers l'anus et à la fixer par quelques sutures.

S'il semble nécessaire dans les premiers jours d'ouvrir l'intestin, par exemple pour l'issue des gaz et des matières, la plaie ne se trouve pas exposée, car l'anse intestinale qui est longue pourrait être placée de telle sorte qu'on éviterait sûrement toute souillure de la plaie.

L. Jumon.

La torsion du grand épiploon, par L. Lapeyre (*Gazette méd. du Centre*, 1er août 1907). — Deux observations ont fourni à l'auteur l'occasion d'étudier la torsion du grand épiploon ou omentovolvulus. L'affection se présente sous deux variétés, selon qu'il y a ou non une hernie concomitante. La première variété est beaucoup plus fréquente et son diagnostic est rendu possible par l'existence même de la hernie.

Il existe deux formes cliniques : la forme herniaire, simulant l'épiplocèle étranglée, avec laquelle elle a toujours été confondue, et la forme abdominale ou appendiculaire, simulant l'appendicite, dont Lejars seul l'a une fois distinguée.

L'intervention chirurgicale rapide est le seul traitement de l'omentovolvulus. Comme l'affection peut être confondue avec l'appendicite et que cette erreur est préjudiciable au malade par suite du retard possible apporté à l'opération, l'auteur pose le principe suivant :

Ne s'abstenir que devant une appendicite évidente, intervenir toujours et quand même d'urgence quand le diagnostic appendicite n'est qu'une probabilité.

Dans la forme herniaire, on fera une hernio-laparotomie, qu'on prolongera en haut jusqu'à la découverte de parties manifestement saines.

Dans la forme appendiculaire, l'incision de Jalaguier paraît la meilleure, elle conduit directement sur la lésion. Les adhé-

rences avec, le cæcum, l'intestin grêle, le sac herniaire seront minutieusement détachées, les surfaces saignantes hémostasiées avec soin.

L'appendice devra toujours être recherché et au besoin enlevé.

L'épiploon sera traité par la détorsion du pédicule ou par l'ablation simple. Mais on a toujours réséqué la partie de l'épiploon altérée.

Le traitement habituel est la résection de l'épiploon. On sectionne en plein tissu sain, au-dessus du pédicule après une ligature soignée au catgut. Souvent on a enlevé presque complètement l'épiploon. Le drainage n'est nécessaire qu'en cas de péritonite.

L. Jumon.

L'opium est-il utile ou nuisible en cas de péritypblite aiguë ? par le prof. Pel (d'Amsterdam) (*Berl. klin. Wochenschrift*, 12 août 1907). — Autrefois, l'administration de l'opium ne rencontrait pas de contradicteurs: depuis l'avènement de la période chirurgicale, les opposants sont devenus nombreux. L'auteur n'en défend pas moins le médicament aujourd'hui presque abandonné, car il facilite le repos au lit et favorise la localisation du processus en supprimant les mouvements péristaltiques qui rompent les adhérences. Il faut, pour réussir, donner des préparations liquides, telles que le classique laudanum, auquel on peut ajouter quelques gouttes d'alcool ou de Xérès pour éviter les nausées. Comme dose moyenne, on fera prendre toutes les deux heures cinq gouttes de laudanum, en se guidant sur l'intensité des phénomènes douloureux. On peut, s'il faut agir énergiquement, commencer le traitement par une injection de morphine. Localement, de la glace.

On a surtout reproché à la médication opiacée de favoriser la parésie intestinale et la résorption des toxines; l'auteur affirme n'avoir rien observé de pareil. L'objection d'Albu qui estime qu'à la suite du traitement on observe souvent une constipation chronique ne lui paraît pas devoir être acceptée, car il a, au contraire, observé que l'opium facilite l'évacuation des matières alvines quand la crise est terminée. L'administration de laxatifs à ce moment provoque souvent des récidives.

L'opium présenterait un autre défaut: celui de masquer le tableau clinique; l'euphorie qu'il produit tromperait le médecin et le malade, et le météorisme consécutif à son emploi permettrait difficilement de diagnostiquer les phénomènes morbides du côté du péritoine. L'auteur affirme que si l'on utilise des doses peu élevées, on ne paralyse pas les contractions péristaltiques. Du reste, il existe de nombreux signes cliniques qui peuvent suppléer au besoin à l'insuffisance de la palpation gênée par le météorisme.

Dans environ trois quarts des cas, l'opération à chaud n'est pas possible, et la meilleure thérapeutique consiste alors dans le repos absolu au lit, la diète sévère, la glace et l'opium à doses convenables; il faut absolument s'abstenir de laxatifs.

E. Vogt.

L'opium produit-il du météorisme ? par Drenkhahn (*Therap. Monatshefte*, août 1907). — Se basant sur une observation d'empoisonnement par l'opium, qui ne s'accompagna pas de ballonnement du ventre, et sur d'autres cas analogues, l'auteur estime que la crainte de cette complication est sans objet. Si de nombreux observateurs ont enregistré du météorisme après administration d'opium, cela tient à ce que le médicament avait été prescrit dans des cas où le météorisme se développe souvent (affections infectieuses, pneumonie, etc.). Il est difficile d'admettre qu'un médicament qui calme l'irritabilité péritonéale provoque des troubles identiques à ceux que produit cette irritabilité.

Il n'y a donc pas lieu de s'abstenir des opiacés en cas d'appendicite, bien au contraire.

E. Vogt.

Le drainage dans le traitement de l'appendicite aiguë, par John Sheldon (*American medicine*, juin 1907). — Faut-il faire un drainage après les opérations d'appendicite, telle est la question que pose l'auteur et qui est diversement résolue par les opérateurs. La règle serait de pratiquer le drainage, à part quelques rares exceptions, dans toute appendicite aiguë accompagnée d'une élévation de température, sans tenir compte ici de la présence ou de l'absence du pus, des adhérences ou des lésions inflammatoires péri-appendiculaires. Lorsqu'on a recours au drainage, la guérison est plus rapide et plus sûre.

L'argument le plus convaincant en faveur du drainage après les opérations d'ap-

pendicite aiguë est tiré de la comparaison d'un grand nombre de cas semblables opérés sans drainage, avec un nombre correspondant de cas avec drainage post-opératoire durant 12 à 48 heures. La comparaison de la température, du pouls, de la douleur post-opératoire, de la distension abdominale, de l'état des urines, de l'intestin, dans ces cas plaide en faveur du drainage.

L. Jumon.

Sur l'administration continue de liquides par le rectum dans le traitement de la péritonite aiguë généralisée, par Moynihan (*The Lancet*, 17 août 1907). — Cette méthode a été préconisée par Murphy et Le Conte, et l'auteur l'a appliquée dans 19 cas de péritonite aiguë généralisée consécutive à l'appendicite, avec 2 cas de mort. La guérison des autres cas semble bien due à l'injection rectale saline durant deux à quatre jours après l'opération. Mais Moynihan a eu recours aussi à cette méthode dans deux cas de gastrectomie. Il s'est servi à cet effet d'un tube d'étain de trente centimètres de long et d'un demi-pouce de diamètre, avec l'extrémité rectale un peu renflée munie de plusieurs ouvertures, afin d'éviter l'obstruction. Ce tube est introduit de deux ou trois pouces dans le rectum. L'extrémité extérieure est reliée par un tube de caoutchouc à la source du liquide, qui se trouve dans une carafe ayant une très large base et contenant environ deux litres. Cette carafe est placée dans un bain d'eau chaude, au-dessous duquel se trouve placée une lampe à alcool. Un thermomètre à demeure dans la carafe indique la température de la solution saline injectée. La température la plus favorable est de 35° à 38°, car il est probable qu'elle baisse à l'entrée du liquide dans le rectum. L'appareil est posé à un niveau de trois à six pouces au-dessus du rectum. On ne doit pas introduire plus de trois quarts de litre à un litre dans la première heure; ensuite on maintient l'écoulement à un demi-litre par heure. La rapidité de l'écoulement se règle un peu sur le bien-être du malade, qui ne sent en général aucune gêne jusqu'à l'introduction de deux litres et demi; il convient alors de retarder un peu l'écoulement ou de l'arrêter tout à fait pendant quelques minutes.

La quantité la plus forte administrée dans les vingt-quatre premières heures a été de huit litres et la plus grande quantité injectée a été de quatorze litres en trois jours. Ces quantités ont été très bien supportées.

Cette méthode semble avoir rendu de grands services dans la gastrectomie, surtout totale; un malade reçut dans les vingt-quatre premières heures quatre litres et demi de liquide.

L. Jumon.

Une formule efficace dans la cholangite catarrhale et les affections congénères, par Ch. Gilbert-Davis (*The Therapeutic Gazette*, 15 juillet 1907). — Les renseignements sont assez rares sur le traitement purement médical de la lithiase biliaire.

Depuis longtemps l'auteur a recours à l'acide salicylique dans diverses affections du foie, mais il a eu surtout à s'en louer en l'associant à d'autres médicaments, comme un cholagogue et un antiseptique, dont l'effet se poursuit dans tout le canal alimentaire. Dans la cholangite catarrhale, il a obtenu les meilleurs résultats de la formule suivante :

Phénolphtaléine.....	0,02	centigrammes
Oléate acide de sodium..	0,06	—
Acide salicylique pur....	0,10	—
Menthol.....	0,06	—

M. et *F. s. a.* une pilule.

Toutefois l'auteur fait remarquer que l'acide salicylique doit être ici d'origine naturelle et non synthétique. L'oléate acide de sodium doit être préparé avec grand soin. Ces deux médicaments sont excrétés par les cellules épithéliales des conduits biliaires et y exercent une action antiseptique. Le menthol et la phénolphtaléine agissent en régularisant l'activité intestinale, l'acide oléique agit aussi comme un puissant cholagogue.

L'auteur regarde ce traitement comme particulièrement indiqué dans la cholangite, la cholécystite, la lithiase biliaire, la stase biliaire avec ou sans formation de calculs. Les malades doivent prendre en même temps que les pilules une large quantité de boisson chaude. L'auteur a obtenu de telles améliorations qu'il pense que ce traitement permettra d'éviter dans beaucoup de cas des opérations.

L. Jumon.

La cure de raisin contre la cirrhose hépatique, d'après M. Cavazzani (*Journal de médecine de Paris*, n° 28, 14 juillet 1907, p. 268).

M. Cavazzani a obtenu de bons résultats

en ordonnant la cure de raisins chez les malades atteints de cirrhose du foie. Certains malades étaient à une phase avancée de la maladie, l'ascite a cependant disparu sans qu'il ait été nécessaire de pratiquer de ponctions.

M. Cavazzani, qui prescrit une dose quotidienne de 4 kilogrammes de raisin, estime que le raisin agit par la lévulose et les ferments qu'il contient.

PIERRE SÉE.

Appareil pulmonaire.

Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement des affections cardiaques par les agents physiques et le régime, par le professeur ROMBERG (*Med. Korr.-Bl. de Würt. ærztl. Landesvereins*, n° 26, 1907). — L'auteur estime que les bains d'acide carbonique constituent pour le cœur une excellente gymnastique : les bains électriques (courants alternatifs) agissent de même en relevant la tonicité cardiaque. Le dosage approprié à chaque malade, qu'il s'agisse d'acide carbonique, de courant électrique ou de degré thermique, constitue une nécessité dans l'application de ces diverses méthodes. La température des bains doit être peu à peu abaissée (de 35 à 28°).

Pour la gymnastique, il faut toujours commencer par les mouvements passifs, puis on passe aux mouvements actifs pour arriver à la gymnastique de résistance.

Les exercices seront lents, ne seront au début exécutés que pendant deux à trois minutes, avec repos de trois à cinq minutes : on débutera toujours par le mouvement le plus difficile et on continuera par les plus faciles : on n'ira jamais jusqu'à la fatigue.

La cure de terrain est dangereuse en général quand le cœur est affaibli : elle convient en revanche aux obèses dont le cœur est encore sain.

Les bains et la gymnastique sont contre-indiqués quand il existe de la dyspnée accentuée même au repos, quand les œdèmes sont prononcés, quand il existe des crises d'asthme cardiaque, etc.

L'artériosclérose doit rendre très prudent dans l'emploi des agents physiques : les bains d'acide carbonique ne seront pas donnés au-dessous de 33°, et la teneur en gaz sera faible. La néphrite chronique est une contre-indication absolue à l'utilisation des agents physiques.

Il faut toujours recommander le repos aux cardiaques que l'on traite par ces méthodes, pour éviter le surmenage.

Le régime sera pauvre en graisses : celles-ci sont presque toujours mal digérées. Les albuminoïdes et les hydrocarbures feront la base de l'alimentation.

Chez les obèses, on ne procédera pas à une cure d'amaigrissement si le sujet présente de l'affaiblissement, car le cœur participe toujours à cette asthénie : il ne travaille bien que si l'état général est satisfaisant.

La diminution du chlorure de sodium dans l'alimentation sera utile s'il existe de la sclérose rénale, car on obtient ainsi une diminution des œdèmes ; or, le liquide des œdèmes contient une grande quantité de substances capables d'engendrer l'urémie. Mais il serait erroné de prescrire systématiquement ce régime à tous les néphrétiques, car on abaisse ainsi la tension artérielle qui peut être basse chez ces malades quand l'asthénie cardiaque est accentuée. Cette cure provoque aussi des troubles nerveux et ne doit en conséquence pas être administrée plus de deux ou trois jours de suite.

Les œdèmes cardiaques ne devront pas, dans l'immense majorité des cas, être traités par la déchloruration.

L'auteur ne considère pas comme utile de défendre au cardiaque le thé ou le café, pris en quantités modérées. L'alcool ne saurait être supprimé chez les asthéniques habitués à en prendre, mais il est inutile d'en prescrire aux abstinents, même s'ils présentent des accidents graves d'asthénie.

Le tabac est surtout nuisible chez les malades dont les coronaires présentent de la sclérose : il sera du reste toujours bon de le supprimer.

En général, on recommandera au malade de boire peu : on pourra même restreindre fortement les liquides dans les cas où l'on vient de faire disparaître des œdèmes.

E. VOGT.

Traitement de l'hémoptysie, par SCHRŒDER et KAUFMANN (*Wurt. med. Korr. Bl.*, mai 1907). — Le traitement consiste en repos absolu au lit, application d'une vessie

de glace sur la région précordiale, ou d'un sac de sable si la vessie est mal supportée, et administration de laxatifs ou de lavements. La toux sèche sera calmée par la codéine (0,03 gramme le soir).

L'alimentation sera légère; les mets ni chauds ni froids : comme boisson, de la limonade ou du lait en petites quantités. Comme médication, il faut éviter toute prescription de substances capables d'irriter le tube digestif on se contentera, plutôt à titre suggestif de faire prendre toutes les deux heures une cuillerée à café de la mixture suivante :

Acide gallique.....	ââ	1,5 gr.
Ergotine.....		
Chlorhydrate de quinine	ââ	1 gr.
Acide chlorhydrique....		
Eau de cannelle.....		60 gr.

On évitera tout examen local, et on gardera le malade au lit pendant une semaine après la fin de l'hémorragie.

Si le cas est grave, les auteurs conseillent d'appliquer à la racine des membres des ligatures, destinées à diminuer la pression dans la petite circulation. Ils immobilisent par des bandes de sparadrap le côté du thorax d'où vient probablement l'hémoptysie, et injectent sous la peau 100 à 150 cc. d'une solution stérilisée de gélatine à 2 p. 100.

En cas d'accidents foudroyants, on enlève les caillots accumulés dans le pharynx, on administre un vomitif et l'on injecte de l'huile camphrée.

On ne donnera jamais de morphine, car elle diminue l'expectoration et favorise l'infection ultérieure par les crachats non expectorés. La toux est nécessaire pour évacuer les sécrétions : les malades ont appris au préalable (les auteurs dirigent un sanatorium) à ne tousser que quand ils ont des sécrétions à expulser. La morphine, même à faibles doses, favorise l'accumulation intra-alvéolaire des sécrétions et leur putréfaction.

E. Vogt.

Sur un antiasthmatique employé en inhalation d'après une formule de Einhorn, par Schaefer (*Münch. med. Woch.*, 9 juillet 1907). — Depuis plusieurs années on emploie en Amérique un antiasthmatique secret qui réussit très bien dans les accès d'asthme. L'auteur a demandé au professeur Einhorn d'analyser ce remède, dont voici la formule :

Nitrite de cocaïne.....	1 gr. 028
Nitrite d'atropine.....	0 gr. 581
Glycérine.....	32 gr. 16
Eau.....	66 gr. 23

Dès que le sujet se sent menacé d'un accès d'asthme, il pulvérise dans le nez la solution avec assez de force pour que la poussière aqueuse pénètre à travers l'arbre respiratoire jusque dans les bronches. Si la sensation incommode qui annonce l'accès persiste, on peut renouveler la pulvérisation une demi-heure à une heure plus tard.

Dans la plupart des cas, une ou deux inhalations suffisent pour produire un soulagement complet et prévenir l'accès d'asthme. Si l'on n'obtient pas de résultat, assure l'auteur, c'est que l'application du médicament n'est pas correcte.

Les asthmatiques atteints gravement peuvent faire une pulvérisation le matin et le soir et même une fois la nuit. Bien entendu le traitement n'a qu'une valeur symptomatique et non curative.

On peut s'étonner de la quantité considérable de cocaïne et d'atropine contenue dans la préparation et on pourrait redouter une intoxication. Cependant Einhorn a montré qu'une pulvérisation faite durant trois minutes ne consomme que 0,00035 de nitrite d'atropine et 0,00062 de nitrite de cocaïne.

D'autre part toute la quantité inhalée n'est pas absorbée. Au bout de quelques instants d'inhalation le malade peut éprouver de la sécheresse de la gorge, il est bon de le prévenir de cette sensation afin qu'il arrête la pulvérisation.

Des malades font usage de ce remède depuis cinq ou six ans sans en avoir éprouvé aucune incommodité.

L. Jumon.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chef de clinique de la Faculté de médecine.

Les névralgies et l'électrothérapie, par Kuhn (*Leipziger med. Monatsschrift*, juin 1907). — L'auteur estime qu'on laisse trop à l'arrière plan le traitement électrique des névralgies : la cause en serait dans la façon dont cette méthode thérapeutique est pratiquée et enseignée dans les universités. On a trop la tendance de schématiser, de

soumettre tous les malades à des traitements identiques, et les appareils nouvellement inventés ne font que favoriser cette tendance.

Le praticien doit en premier lieu se mettre dans l'esprit qu'il faut toujours commencer par l'électrothérapie : elle seule est capable de faire disparaître en une ou deux séances une névralgie au début. En dehors de ces cas où l'effet curatif est indiscutable, il existe nombre de névralgies qui sont rapidement modifiées par l'électrisation.

L'auteur ne se sert plus du courant faradique : il applique le courant galvanique, toujours avec anode sur le point douloureux et cathode sur un point quelconque, permettant d'obtenir un courant descendant. Les séances doivent toujours durer une demi-heure au moins; dans la névralgie du trijumeau, l'auteur fait souvent des séances de deux heures.

En dehors du galvanique, l'étincelle statique (séances de 10 à 15 minutes) donne souvent de remarquables résultats, spécialement dans la sciatique.

E. Vogt.

Modifications de l'excitabilité électrique neuro-musculaire consécutive à l'alcoolisation locale des nerfs faite dans un but thérapeutique, par le Dr Allard (*Congrès pour l'avancement des sciences*, 1er août 1907). — Ce travail contient une vingtaine d'observations de malades chez qui l'alcoolisation des nerfs a été pratiquée dans le but de combattre des névralgies rebelles du trijumeau et des nerfs mixtes (sciatique en particulier), des spasmes de la face et des membres, des contractures chez les hémiplégiques et les paraplégiques. L'étude des réactions électriques neuro-musculaires a montré que chez plusieurs malades le nerf avait été touché trop profondément, puisque l'alcool a produit des névrites graves, avec réaction partielle de dégénérescence, certaines, probablement incurables, avec réaction totale de dégénérescence.

Cette étude montre qu'il y a lieu d'étudier encore la technique de ces alcoolisations locales, car il reste à trouver, dans chaque cas particulier, le degré et la quantité d'alcool nécessaires et suffisants, c'est l'exploration électrique des nerfs et des muscles qui servira de réactif et permettra de perfectionner la méthode.

De plus, de l'ensemble des résultats fournis par les examens électriques publiés dans ce travail il est permis de conclure :

Qu'en l'état actuel de la question la pratique des injections d'alcool, excellente dans le traitement des névralgie graves du trijumeau, doit être considérée comme dangereuse dans le traitement des névralgies des nerfs mixtes, du sciatique en particulier.

Que cette méthode peut rendre des services dans le traitement des spasmes et des contractures des nerfs moteurs et mixtes surtout si ces affections causent au malade une impotence plus grande que celle qui résulterait d'une paralysie définitive des muscles correspondants, éventualité qu'il faut envisager.

E. Vogt.

Traitement de la crampe des écrivains, par M. Taylor (*The Monthly Cycl. of practical med.*, juillet 1907). — Parmi les facteurs étiologiques de la crampe des écrivains, l'auteur attribue une certaine importance à l'hypertension d'esprit qui trouble la production de l'effort, d'où la production d'une crampe.

Le traitement doit comprendre la correction de ce trouble psychique. Ici, le repos n'est pas suffisant; il faut mettre en œuvre l'orthopédie morale par l'éducation et l'entraînement.

Dans tous les cas, il existe un retentissement réflexe dans les tissus adjacents aux segments de la moelle d'où part l'innervation dans les muscles de la main. Les tissus paravertébraux sont sensibles et infiltrés. On s'efforcera donc de combattre un état hypertonique des muscles vertébraux.

Lorsque les phénomènes aigus ont disparu, il faut alors stimuler les centres en favorisant l'irrigation sanguine par un sang plus généreux.

Des compressions soigneusement réglées seront ensuite exercées sur les régions qui sont le siège de névrite.

On combattra la stase locale, et à la tendance à la contracture on opposera les mouvements d'extension.

La rééducation des mouvements de coordination est très importante et exige de l'ingéniosité et de la patience.

Les courants continus et sinusoïdaux sont très utiles.

L'auteur insiste pour que le médecin surveille de très près le traitement pour obtenir de bons résultats.

L. Jumon.

La sciatique et les affections analogues, par CORNELIUS (*D. milit. aerztl. Zeitschrift*, mai 1907). — L'auteur, en étudiant la sciatique et ses manifestations, a pu reconnaître que les points douloureux de Valleix ne sont pas, dans la pratique, aussi localisés que leur inventeur l'a cru ; toute la surface de la peau peut présenter des points douloureux (points nerveux de l'auteur). On doit, quand on veut traiter la sciatique, les rechercher systématiquement et les soumettre l'un après l'autre à un massage léger, circulaire, exécuté avec la pulpe du doigt : quand la douleur a disparu, on passe au point suivant.

La durée des séances est malheureusement assez longue, mais si médecin et malade ont la patience nécessaire, on arrive à guérir tous les cas de sciatique : l'auteur donne une proportion de 100 p. 100 environ de succès.

Le nombre des séances est de vingt-cinq à quarante pour les cas de moyenne intensité.

E. VOGT.

Traitement des convulsions éclamptiques par la ponction lombaire, par AUDEBERT et FOURNIER (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, juin 1907). — La ponction lombaire, dans le traitement de l'éclampsie a pour but de diminuer l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, qui est intimement liée à l'œdème du cerveau, à la congestion de l'écorce, à l'hyperémie et aux hémorragies méningées, à la céphalée, aux troubles de la vue, et surtout aux convulsions. Dans certains cas, d'après Kronig, il faudra retirer environ 40 centimètres cubes de liquide rachidien pour ramener la pression à la normale.

Les auteurs ont recueilli 46 cas, en comptant deux observations personnelles, dans lesquels on a fait la ponction lombaire ; sur cet ensemble de cas, 16 se sont terminés par la mort, mais cette statistique ne prouve rien contre ce procédé de traitement, puisqu'on a choisi dans tous les cas des éclamptiques non améliorées par le traitement classique. La ponction lombaire ne doit d'ailleurs jamais être employée comme moyen unique de traitement, elle doit être employée concurremment aux autres procédés thérapeutiques (saignée, sérum, diète hydrique, chloral, chloroforme, etc...), elle ne doit être considérée que comme traitement symptomatique des accès convulsifs, mais peut être conseillée chaque fois que le sphygmomanomètre indiquera une pression notablement supérieure à la normale.

Elle est indiquée dans les cas graves, quand les accès convulsifs se multiplient et tendent à devenir subintrants, quand le coma persiste et qu'il y a oligurie marquée ou anurie.

Théoriquement, elle semble mettre à l'abri, dans une certaine mesure, des hémorragies bulbaires ou méningées brusquement mortelles ; d'ailleurs, lorsque le liquide retiré par la ponction est sanglant, et qu'il n'y a pas eu de faute de technique, le pronostic est très grave (Bar). Cependant Maygrier et Budin croient qu'il n'est pas fatalement mortel et ils ont vu certains de ces cas se terminer par la guérison.

De l'examen des observations, il résulte que la ponction lombaire a une action certaine sur les accès convulsifs en diminuant leur nombre. La quantité de liquide retirée est variable, elle a été de 10 à 12 centimètres cubes dans les deux observations personnelles rapportées *in extenso ;* Boissard a retiré une fois 20 centimètres cubes chez une éclamptique qui guérit.

En terminant, les auteurs conseillent de ne pas attendre l'échec des médications usuelles pour ponctionner les méninges rachidiennes des éclamptiques ; la ponction lombaire doit être faite en même temps que les autres procédés de traitement énumérés plus haut.

M. DESCHAMPS.

Contribution au nervosisme hyperthyroïdien. Hyperthyroïdie cardio-bulbaire, par MM. LÉOPOLD-LÉVI et Henri DE ROTHSCHILD (*Soc. méd. hôp.*, 5 juillet 1907). — MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild citent deux observations d'hyperthyroïdie.

La première concerne une femme de cinquante-cinq ans, nerveuse depuis quatorze ans, souffrant de palpitations depuis dix ans, et de crises d'affolement bulbaire. L'injection de thyroïdine à petites doses fait disparaître tous ces symptômes.

L'origine hyperthyroïdienne de la crise est prouvée par le fait que le thyroïdisme alimentaire peut reproduire les éléments constitutifs de la crise et la crise elle-même. Les battements de cœur représentent le terme le plus atténué du cœur thyroïdien.

Dans cette observation, les causes de l'hyperthyroïdie ont été le surmenage et une profonde émotion (mort d'un fils au moment de la ménopause de la malade).

Dans le second cas il s'agit d'un homme

de trente-quatre ans, réformé du service militaire pour un rétrécissement mitral, et présentant depuis treize ans des crises quotidiennes d'angor pectoris sans anxiété. Les crises disparurent par l'ingestion de petites doses de thyroïdine.

La thyroïdine augmente d'abord les battements de cœur. Le malade est soulagé par l'emploi de doses de 5 centigrammes d'extrait total de thyroïde, mais il ne supporte pas 75 milligrammes.

Ces cas de nervosisme hyperthyroïdien semblent, de même que certains cas de Basedow, bénéficier de la thyroïdine.

L'action efficace de faibles doses ne saurait surprendre; il suffit de rappeler que, sur un système nerveux prédisposé, une pastille de chocolat peut déclancher une migraine et une fraise faire apparaître l'urticaire.

PIERRE SÉE.

Maladies vénériennes. Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE,
Médecin des hôpitaux.

Traitement des brûlures, par W. L. ESTES (*The. therap. Gazette*, 15 juin 1907). — Dans le traitement des brûlures il faut toujours considérer leur origine; des brûlures produites à la température relativement basse guérissent beaucoup plus vite. Une brûlure au point de vue général est un traumatisme plus ou moins intense, localement c'est la destruction d'un organe excréteur important qui règle la température du corps.

Il ne faut pas oublier le traitement général dans les grandes brûlures suivies de shock. Dans ces cas, le blessé a froid et il faut chercher à le réchauffer par l'application externe de la chaleur, si possible, ou par de la limonade chaude ou du café chaud. Puis on donne des lavements ou des injections de solution saline. La morphine en injection sous-cutanée est très utile pour relâcher le spasme vasomoteur et calmer la douleur et l'appréhension. Si le malade est dans un grand état de faiblesse on évitera d'aggraver sa situation par des pansements compliqués et on appliquera des pansements stériles. On évitera aussi dans les premiers soins ou dans le transport du blessé de souiller les plaies, de les recouvrir avec des couvertures qui ont, par exemple, servi à des chevaux, ce qui a plusieurs fois causé le tétanos.

Il faut songer aux complications possibles des grandes brûlures, à la néphrite aiguë, à la bronchite, à la pneumonie hypostatique, à l'embolie pulmonaire. Dans les accidents causés par cette dernière, l'injection hypodermique de nitroglycérine, les inhalations d'oxygène et les stimulants diffusibles semblent le meilleur traitement.

Il n'existe pas de traitement local spécifique pour les brûlures. A cause de la douleur le premier pansement permanent doit être fait avec des solutions alcalines stériles, telles qu'une solution de borax à 2 p. 100 ou de bicarbonate de soude ou de potasse à 1 p. 100. A défaut on appliquera des compresses de solution saline normale stérilisée. Comme lavage des brûlures souillées l'auteur recommande une solution d'acide phénique à 2 p. 100. Les grandes brûlures doivent être pansées par sections en évitant de découvrir toute la surface à la fois.

Les brûlures superficielles comme celles qui sont causées par la vapeur ou la flamme s'accommodent bien d'un pansement à la solution d'acide picrique. On peut aussi employer avec avantage ici le saupoudrage avec un mélange par parties égales d'acide borique et de sous-nitrate de bismuth, qu'on recouvrira de vaseline stérilisée, puis d'une couche de coton absorbant. Les pansements secs sont rarement applicables aux brûlures fraîches.

Dans les brûlures profondes et étendues il peut être utile de pratiquer plusieurs incisions à travers les escarres pour permettre la sortie du pus et faciliter l'élimination. Pour éviter la mauvaise odeur on emploiera avec avantage l'ichthyol et le baume du Pérou mélangés à de l'huile pour le pansement; mais il sera encore préférable de se servir de vaseline.

L. JUMON.

L'acide citrique dans le traitement des brûlures par la chaux et en général par les alcalins, Ed. CROUZEL (*J. de méd. de Bordeaux*, 30 juin 1907). — L'indication dans les brûlures produites par la chaux vive, la chaux hydraulique et le ciment est de neutraliser au plus vite la base par un acide organique, non toxique, non caustique et susceptible de donner un sel assez soluble dans l'eau. L'acide citrique répond à ces

indications au double point de vue chimique et thérapeutique et l'auteur l'a employé dans cinq ou six cas avec grand succès.

Pour réussir il faut employer l'acide citrique en pansements humides, aqueux, à la dose de 5 p. 100, qu'on porte à 10 et 15 p. 100 si la couche de composé calcique est assez épaisse. La réaction chimique se fait rapidement et il ne faut pas prolonger le contact au delà de quelques minutes pour ne pas provoquer une douleur résultant de l'action de l'acide sur une surface privée de son épiderme.

La condition du succès est d'appliquer le traitement très rapidement, alors qu'il existe encore de la chaux libre sur la peau.

L. Jumon.

Eczéma chronique et radiothérapie, par Belot (*Arch. d'électr. médicale*, 10 août 1907). — L'auteur a eu l'occasion de traiter plusieurs cas de ce genre : dans un cas d'eczéma localisé aux mains, il fit des expériences comparatives avec les effluves de haute fréquence, le radium, les rayons X. Au bout de quinze jours, l'amélioration la plus nette correspondait à la région traitée par les rayons X. Au bout de quinze autres jours, les régions traitées par les rayons de Rœntgen étaient pour ainsi dire guéries; l'effet du radium était moins prononcé : pour la haute fréquence, après une accalmie momentanée, les éléments eczématiques restaient stationnaires.

A partir de ce moment, les rayons X furent seuls utilisés et la guérison fut bientôt obtenue, sauf sur un point minime négligé au moment où commença le traitement.

Les effets des radiations ont été purement locaux, car la régression ne s'est faite que là où les rayons X ont porté : on ne saurait donc interpréter autrement les résultats observés.

Dans les cas d'eczéma chronique généralisé, l'auteur utilise plusieurs tubes à la fois, alimentés par divers générateurs électriques.

E. Vogt.

Maladies des voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Néphrectomie pour abcès rénal avec septicémie, par Duhot (*Annales de la policlinique centrale de Bruxelles*, juin 1907). — L'auteur rapporte l'observation d'une malade qui succomba à une septicémie consécutive à un abcès rénal, malgré la néphrectomie ; les premiers symptômes de cystite remontaient à deux ans; il s'agissait sans doute d'un abcès par infection ascendante, le pus de l'urine examiné quelque temps auparavant avait montré la présence d'un bacille coliforme qu'on n'avait pas autrement identifié.

A ce propos l'auteur fait remarquer que dans les examens bactériologiques de l'urine on devrait toujours se rendre compte de la virulence des microbes. En outre, dès qu'une cystite tend à devenir chronique, il faut chercher à dépister l'urétérite et la pyélite par la recherche des signes cliniques décrits par Bazy, afin d'instituer un traitement précoce dans le but d'éviter une issue aussi regrettable que dans le cas particulier qui ne fut observé que trop tard pour bénéficier de l'intervention.

M. Deschamps.

Résection de la veine cave dans un cas de tumeur rénale, par M. Draudt (*Deutsche Zeitsch. f. chir.* 1907). — Il s'agissait de l'ablation par la voie lombaire d'une énorme tumeur mixte capsulaire du rein droit, d'origine embryonnaire, chez un enfant de deux ans. Il fallut extirper un segment de 3 centimètres de la veine cave. Celle-ci fut déchirée pendant l'ablation, qui nécessita l'ouverture du péritoine. Elle était semblable à un ruban aplati et la circulation sous-cutanée abdominale, déjà très développée, par suite de la compression extérieure, ayant préparé les voies de la dérivation veineuse, les suites furent très simples et la ligature de ce gros tronc veineux, faite dans ces conditions, n'entraîna aucun trouble circulatoire, aucun œdème des membres inférieurs. La récidive emporta le petit malade six mois après. A ce propos, rappelons que la ligature chirurgicale de la veine cave a pu être plusieurs fois réalisée, à la condition qu'elle portât au-dessous de la veine rénale du côté du rein conservé. Cette condition paraît indispensable, d'après la clinique et d'après les expériences.

A. Benoît.

Phimosis avec troubles de la miction, par A. Broca (*Tribune médicale*, 27 juillet 1907). — Il s'agit d'un garçon de 9 ans qui présentait de la dysurie douloureuse : ses mictions étaient difficiles et provoquaient au bout de la verge une douleur s'irradiant vers l'hypogastre, cette douleur était si intense que le médecin traitant pensa à un calcul de la vessie.

En réalité, après avoir éliminé le diagnostic de calcul, par l'absence d'hématurie, par l'indifférence au cahot, par la négation du toucher rectal (procédé de grande valeur pour le diagnostic des calculs vésicaux chez l'enfant), l'auteur rapporta cette dysurie douloureuse à un phimosis très étroit qui fut circoncis. Le résultat confirma le diagnostic, les accidents disparurent complètement.

M. Deschamps.

Traitement de la blennorragie, par Neisser (*Medicinische Klinik*, 1907, mars, n° 14). — Le traitement de la blennorragie doit être à la fois local et interne.

Le traitement local doit consister soit en lavages urétraux, soit en injections intra-urétrales de protargol à 3 p. 100, l'injection doit être faite tous les jours et conservée dans l'urètre pendant vingt à trente minutes. A la période aiguë, il est bon de mélanger la solution de protargol avec un solution d'antipyrine à 5 p. 100, pour atténuer la douleur.

L'action des balsamiques ne doit pas être négligée; s'ils sont incapables à eux seuls de détruire le gonocoque, leur élimination à la surface de la muqueuse urétrale atténue les propriétés irritantes des sels d'argent et permet à ceux-ci d'exercer leur action antiseptique sans douleur et sans irritation.

Le produit le plus recommandable à cet effet est le gonosan qui est un anesthésique puissant, ayant des propriétés astringentes et antiseptiques suffisantes pour entraver la propagation du gonocoque vers les voies urinaires supérieures, bien supporté par l'estomac et les reins, ce qui permet de pouvoir l'administrer pendant longtemps sans inconvénients.

M. Deschamps.

L'incontinence d'urine liée à l'hypothyroïdie, par M. Hertoghe (*Bull. Ac. médecine de Belgique*, n° 4, 1907). — M. Hertoghe cite les observations de plusieurs enfants et adolescents atteints d'incontinence d'urine dite « essentielle ». L'auteur attribue ce symptôme à une insuffisance thyroïdienne. Les mères de ces malades présentent, en effet, des signes d'hypothyroïdie bénigne (métrorragies, migraines, calvitie et grisonnement prématurés, constipation, hyposthénie) et elles ont eu elles-mêmes, pendant leur jeune âge, de l'incontinence nocturne d'urine. Elles souffrent encore de pollakiurie. Les malades eux-mêmes sont des infantiles et ont des signes de myxœdème fruste.

Le traitement de l'incontinence d'urine, d'après M. Hertoghe, est le suivant : Opothérapie thyroïdienne (3 à 4 prises de 0,30 centigrammes de thyroïdine) et, au besoin, iodure et bromure (0,20 à 0,50 centigrammes d'iodure et de bromure). Proscrire l'hydrothérapie froide, le sucre et, chez les jeunes gens, le tabac et l'alcool. Enfin éviter toute fatigue musculaire et cérébrale. Souvent quelques heures de sommeil après le repas de midi donnent d'excellents résultats.

Pierre Sée.

Traitement de la maladie de Bright basé sur son étiologie, par M. Henry Porter (*Amer. Medicine*, juin 1907). — L'auteur reconnaît que les affections rénales ne sont en général pas de nature inflammatoire, mais sont dues à un surmenage du rein dans les maladies de la nutrition. Il y a surtout trois facteurs étiologiques principaux de la maladie de Bright : la suralimentation de toute nature, les putréfactions intestinales et les infections microbiennes. Cependant l'abus ou la trop faible quantité des aliments amylacés, sucrés et des graisses sont un facteur important de la production et du traitement des lésions rénales. Le surmenage du système nerveux agit souvent en excitant et en entretenant les affections rénales. Le traitement doit être à la fois prophylactique et curatif et doit s'efforcer d'écarter toutes les causes nocives qui agissent sur le rein.

Le régime lacté, trop vanté dans le traitement des lésions rénales, est trop pauvre en nucléo-albumine et ne peut être considéré comme un régime idéal dans des affections où l'anémie est un symptôme essentiel. A ce point de vue les protéides du bœuf sont les plus digestibles. Les œufs et le lait ne viennent ici qu'après la viande, quant aux protéides fournis par le régime végétal, ce sont les plus difficiles à digérer. Aucun de ces régimes, pratiqué exclusivement, ne remplit les conditions exigées

du traitement du mal de Bright. Les meilleurs résultats sont donnés par l'usage d'un régime mixte bien réglé. Ce dernier se composera d'aliments carnés et végétaux, avec prédominance de ces derniers. Le régime doit d'ailleurs être approprié à chaque cas et on ne peut poser ici de règle absolue.

Beaucoup excluent la viande rouge pour la remplacer par les viandes blanches, mais ce sont précisément les viandes rouges qu'il faut préférer, toutefois leur quantité doit être soigneusement réglée.

Les médicaments n'ont dans le mal de Bright aucune action curative, mais lorsqu'on en use correctement on peut obtenir d'excellents résultats au point de vue de l'utilisation des aliments naturels.

En résumé le traitement est surtout diététique et le régime doit être basé sur les connaissances physiologiques et chimiques.

L. JUMON.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL,

Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité.

Causes et traitement de la stérilité chez les femmes, par EDWARD REYNOLDS (*The Amer. J. of the med. sc.*, août 1907). — Il existe de nombreuses causes de la stérilité chez la femme, mais l'auteur croit que la plus commune est celle qui résulte de l'hyperacidité des sécrétions utérine et vaginale, d'une seule ou des deux ensemble. Cette hyperacidité apporte un obstacle au développement de l'œuf ou à l'action des spermatozoïdes.

Dans l'acidité constitutionnelle, on détermine la nature de l'acidité de l'urine, puis on fait suivre un régime et une hygiène convenables pour combattre cette hyperacidité; souvent il suffit de prescrire un régime pauvre en chlorures.

Si la sécrétion excessive est due à la congestion, on instituera un traitement déplétif pour les organes pelviens par des ovules de glycérine et on traitera les lésions concomitantes.

Lorsqu'un état congestif dépend d'une rétroversion, d'un néoplasme ou d'une autre lésion organique, la stérilité est très fréquente. S'il n'y a aucune lésion, il s'agit d'une anomalie fonctionnelle, parfois d'un abus de relations sexuelles.

Si la sécrétion est purulente ou semi-purulente, il faut l'attribuer à une infection dont il reste à déterminer le siège et la nature. La première indication sera de faire le drainage du col; parfois, s'il existe une sténose, il y aura d'abord lieu d'élargir l'orifice externe par des incisions faites sur les parties latérales du col. Le mucus est enlevé avec une curette et la surface est nettoyée avec de l'iodophénol, dont on fera plusieurs applications. Ces applications ne doivent pas dépasser l'orifice interne. Si la sécrétion anormale persiste après un certain temps de traitement, il faut procéder au curettage, suivi d'un drainage complet.

Lorsque la sécrétion provient du vagin et est due à la suractivité de la flore normale, elle cède généralement à un traitement antiseptique plus ou moins prolongé, mais il faut avoir soin d'atteindre tous les replis et les culs-de-sacs. L'auteur fait mettre la malade en position genu-pectorale et, après introduction du speculum de Sims, saupoudre les parois vaginales avec du protargol et applique un tampon d'ouate hydrophile, qu'on retire au bout de quarante-huit heures. Les applications sont renouvelées plusieurs fois, jusqu'à ce que la sécrétion soit faible et incolore. Dans la suite, on peut se servir de l'aristol.

L. JUMON.

Pourquoi on doit enlever l'appendice dans les opérations gynécologiques, par PANKOW (*Münch. med. Woch.*, 23 juillet 1907). — L'ablation de l'appendice dans les opérations gynécologiques est considérée par cet auteur non seulement comme permise, mais comme indiquée. Cette opinion est basée sur des recherches cliniques et histologiques. L'appendicite est incomparablement plus fréquente chez la femme que chez l'homme et atteint environ 60 p. 100 de toutes les femmes à partir de la puberté. Il faut donc attribuer un rôle considérable à l'appendicite dans les affections pelviennes et annexielles. L'appendicite, dans des cas qui ne sont pas rares, doit être considérée comme la cause d'une stérilité déterminée par l'occlusion des trompes. Enfin une partie des douleurs hypogastriques attribuées le plus souvent aux ovaires doivent être considérées comme les conséquences d'une appendicite aiguë. En raison

de la fréquence de l'appendicite chez la femme, l'auteur se croit autorisé à enlever l'appendice toutes les fois que dans une opération abdominale il trouve des lésions macroscopiques de l'appendice.

L. JUMON.

Complications urinaires au cours des fibromes utérins, par VÉNOT (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, mai 1907). — L'urètre peut être comprimé par le fibrome, ou plus fréquemment par le col utérin à cause de la rétroversion utérine produite par le poids de la tumeur. La vessie peut être dilatée par suite de cette compression, elle peut être déplacée ou comprimée par l'utérus fibromateux, sa circulation est gênée, d'où congestion de ses tuniques. L'infection peut y être apportée par le cathétérisme ou s'y développer spontanément par migration des organes voisins (Reymond), on a observé des lésions de cystite gangreneuse et exceptionnellement de la perforation. La compression de l'uretère peut amener de l'hydronéphrose simple ou de la pyonéphrose, ou même une destruction mécanique de la substance rénale : la compression de l'uretère est souvent intermittente.

Les symptômes sont urétro-vésicaux ou urétéro-rénaux. Les premiers comprennent : la rétention ou l'incontinence par regorgement, l'incontinence vraie étant exceptionnelle, les mictions difficiles (dysurie), la pollakiurie par irritation vésicale, le ténesme, l'hématurie vésicale, par hyperémie du bas-fond, la cystite en général bénigne et disparaissant après l'hystérectomie. Les symptômes urétéro-rénaux sont : l'albuminurie avec polyurie ou oligurie, l'urémie (vomissements, dyspnée, œdèmes, etc.) L'anurie est rare.

L'hydronéphrose peut être simple ou double, elle peut survenir par crises intermittentes, enfin elle peut s'infecter ; même quand il y a de la pyélite, la malade peut bénéficier de l'intervention.

Les complications urinaires constituent donc presque toujours des indications opératoires. La pollakiurie et le ténesme peuvent persister après l'opération : Jacob a conseillé le massage de la vessie et de l'urètre avec un doigt placé dans le vagin ; l'auteur a employé avec succès l'opothérapie ovarienne.

L'albuminurie, l'urémie, l'infection rénale uni- ou bilatérale, ne sont pas des contre-indications opératoires, que la malade soit antérieurement brightique ou non ; il faut contrôler la valeur fonctionnelle du rein (bleu de méthylène) et si elle est conservée, il faut opérer. L'anurie commande l'intervention immédiate.

M. DESCHAMPS.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Sur le diabète chez les enfants, par MORLEY FLETCHER (*The Practitioner*, juillet 1907). — On sait que le diabète est excessivement grave chez l'enfant. Les cas de guérison sont rares. La présence de l'acide diacétique dans l'urine des enfants diabétiques rend chez eux le pronostic plus grave que chez l'adulte dans les conditions analogues. Les cas dans lesquels l'acétone et l'acide diacétique font défaut et où le traitement diététique apporte une amélioration sont plus favorables. L'âge peut aussi influencer le pronostic, car la maladie semble prendre un type relativement plus bénin après treize ou quatorze ans. Les vomissements répétés et la somnolence doivent être regardés comme des éléments graves de pronostic.

Le traitement ne diffère pas essentiellement de celui du diabète chez l'adulte. Il est très important que les enfants soient vêtus chaudement, qu'on évite tout surmenage et qu'on veille à la régularité des selles. La constipation doit être rigoureusement évitée, car les enfants y sont spécialement sujets et la présence de matières dures peut entraîner de la dyspnée et de la somnolence. La diarrhée doit être combattue si elle survient.

En ce qui concerne le régime, si l'urine ne donne pas la réaction du perchlorure de fer, on peut graduellement réduire les hydrates de carbone comme chez les adultes ; mais si cette réaction s'observe, il faut procéder à cette réduction avec une grande prudence.

Quant au traitement médicamenteux on admet généralement qu'il est indiqué d'administrer largement les alcalins sous forme de bicarbonate de soude ; il faudra même donner de hautes doses, 2 à 4 grammes toutes les deux heures si le coma survient.

Il peut être avantageux en outre de donner du salicylate de soude et de l'aspirine, de l'opium ou de la codéine. La principale distinction entre le traitement d'un enfant diabétique et d'un adulte diabétique est qu'il est difficile dans le premier cas de faire suivre un régime privé d'hydrates de carbone sans provoquer une augmentation de l'acétone et de l'acide diacétique et favoriser la tendance au coma.

L. Jumon.

Quel est le meilleur traitement à opposer au choléra infantile? (*Journal de méd. et de chir. de Montréal, Soc. méd. d'Ottawa*, 22 juin 1907). — Dans une discussion sur ce sujet à la Société médicale d'Ottawa, M. Monod, invité à donner son avis, a pensé que le meilleur de tous les traitements est encore de prévoir cette affection en surveillant le lait donné aux enfants; mais il faut aussi surveiller la mère qui souvent reçoit le matin du lait très frais et très pur et qui par ignorance ou négligence donne le soir un lait impropre à l'alimentation. Il faut instruire les mères et les obliger à suivre à la lettre les instructions qu'on donne.

Quant au traitement lui-même, il le résumerait volontiers en ceci : diète hydrique prolongée, s'il le faut 48 et même 56 heures, et cela malgré la lutte qu'il faudra soutenir avec la mère pour la faire accepter, injections rectales de sérum artificiel afin de lutter contre la déshydratation des tissus, le moins de médicaments possible.

M. Powers ajoute qu'il croit à la très grande efficacité du calomel donné à la dose de 0 gr. 006 répétée trois fois dans les vingt-quatre heures. Il donne aussi de grands lavements d'eau bouillie et s'élève contre l'emploi de l'opium.

M. d'Armours dit qu'il se trouve très bien de l'emploi du salophène et du sous-gallate de bismuth et dans certains cas de la strychnine à très faibles doses.

M. Aubry donne parfois de l'opium quand les enfants ont des coliques que rien ne peut calmer. L'opium est un merveilleux médicament qui lui a donné de bons résultats dans des cas désespérés. Pour le reste, il partage l'avis de ses collègues.

M. d'Armours considère que l'opium est dangereux parce que la mère, sans se rendre compte du danger, trouve très commode de calmer son enfant, aussitôt qu'il crie.

M. Quirk préconise l'huile de ricin comme purgatif et n'est pas opposé aux stimulants sous forme de cognac ou de vin de Porto en petite quantité. Il fait volontiers macérer du pain bien grillé dans de l'eau et, après l'avoir passé à travers un linge, donne cette eau à boire aux enfants. Il recommande aussi le lait coupé et l'eau de seltz.

L. Jumon.

Les vomitifs chez les enfants (*Journ. de méd. de Paris*, n° 23, 9 juin 1907, p. 219. — Les vomitifs, chez les enfants, sont indiqués dans les affections broncho-pulmonaires, et surtout au début de la maladie.

On ne doit pas en donner aux enfants anémiés ou débiles.

Les vomitifs possèdent une double action : ils aident l'expectoration et exercent, d'après Trousseau, une influence antiphlogistique sur l'organisme.

On emploie surtout l'*ipéca*. Le sirop d'ipéca du Codex est trop peu actif. M. Jules Simon préfère la formule suivante :

Poudre d'ipéca.....	1	gramme.
Sirop d'ipéca.....	50	—

Par cuillerée à café ou à dessert selon l'âge de l'enfant; dans l'intervalle donner une boisson chaude non aromatique.

Chez les enfants forts, ou déjà habitués à l'ipéca, on prescrira, en surveillant de près l'action du médicament :

Emétique.....	0,01	centigramme.
Poudre d'ipeca.....	1	gramme.
Sirop d'ipéca.....	50	—

Par cuillerée à café, toutes les dix minutes, jusqu'à production du vomissement.

Enfin le vomitif au *sulfate de cuivre* donne également de bons résultats.

Sulfate de cuivre.	0,05 à 0,20	centigr.
Sirop simple.....	30	grammes.
Eau.....	100	—

Par cuillerées à bouche toutes les dix minutes.

On varie la quantité de sulfate de cuivre suivant l'âge de l'enfant, en se rappelant qu'on donne 5 centigrammes à un nourrisson d'un an, et 20 centigrammes à un enfant de sept ans.

Pierre Sée.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT,

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Une nouvelle préparation d'alumine, par SAALFELD (*Therapeut. Monatshefte*, août 1907). — L'acétate d'alumine liquide, dont on fait en Allemagne un grand usage comme antiseptique, est resté jusqu'ici la seule préparation d'alumine qu'on utilisât sur une grande échelle.

L'auteur a fait une série de recherches sur un acétate d'alumine, l'*eston*, poudre blanche inattaquable par la lumière et l'air, de réaction neutre, insoluble dans l'eau. En présence de liquides organiques alcalins, l'eston se dédouble et donne de l'acétate d'alumine classique ; son action est en conséquence antiseptique, astringente, et la poudre poreuse non encore dédoublée produit en même temps des effets siccatifs.

En combinant l'eston à l'acide formique, on obtient le *formeston*, dont l'action thérapeuthique est moins lente.

On prépare avec ces deux produits des mélanges pulvérulents, des pommades variées, dont l'action siccative, en cas de dermatoses suintantes, est remarquable à la dose de 10 à 20 p. 100 de principe actif. La balanite spécialement est très rapidement guérie par le formeston.

E. VOGT.

Traitement par les agents physiques et désencombrement des hôpitaux, par DAVIDSON (*Berl. klin. Wochenschrift*, 12 août 1907). — L'auteur fait remarquer que dans les Universités allemandes, ces méthodes sont insuffisamment enseignées ; il en résulte que beaucoup de médecins ne savent pas quelles ressources on peut en tirer; bien plus, on a trop souvent la tendance de considérer cette spécialité comme confinant au charlatanisme. Or, le meilleur moyen de combattre les charlatans serait précisément de favoriser le développement de cette branche de la médecine. Les bains électriques, les bains turcs, etc., sont entre les mains d'empiriques, qui les emploient sans discernement.

Pour obvier à cette situation, il serait nécessaire qu'à chaque hôpital fût annexé un institut d'agents physiques; on pourrait, de cette façon, traiter efficacement les chroniques et convalescents qui, dans l'état actuel, encombrent les services hospitaliers. Il va sans dire que les services des convalescents, sur lesquels on évacue les hospitalisés des grands centres, devraient être, eux aussi, à même de traiter par les agents physiques.

Ces instituts pourraient, en outre, soigner rationnellement un grand nombre de malades non hospitalisés que leur situation de fortune empêche de s'adresser aux spécialistes.

E. VOGT.

Sur la technique du massage vibratoire, par COLOMBO (*Journ. de physiothérapie*, 15 juin 1907). — L'auteur accorde sa préférence aux appareils fixes, dont on peut faire disparaître les inconvénients (secousses raides qu'on ne peut graduer ni localiser avec précision) en les humanisant (*sic*). Dans ce but, on appuie l'avant-bras sur la partie tremblante du vibrateur et on transmet avec la main les vibrations à la partie traitée. Cette façon d'opérer a les avantages de la vibration manuelle sans en présenter les inconvénients, qui sont un apprentissage très long, la contracture des muscles de l'opérateur pouvant provoquer des névroses, l'impossibilité de faire des séances dépassant quelques minutes. La vibration humanisée présente surtout de grands avantages quand il s'agit de traiter l'ozène par exemple.

L'indication principale est la sédation de la douleur et des états spasmodiques des organes et des tissus. Les divers appareils employés directement ne produisent pas de vraies vibrations, mais des secousses, et c'est pourquoi on les emploie avec avantage comme stimulants de la nutrition et de la contractilité musculaire (en cas d'atonie stomacale ou vésicale, par exemple).

E. VOGT.

Contre-poisons dans les cas d'intoxication par le lysol, par M. FRIEDLANDER (*Soc. de méd. de Berlin*, 20 mars 1907). — L'empoisonnement par le lysol est grave ; il donne environ 20 p. 100 de mortalité. La toxicité du lysol est due au crésol dont il renferme la moitié de son poids. Partant de ce fait, M. Friedlander a cherché à diminuer la nocivité du lysol en donnant aux intoxiqués des substances capables de former avec le crésol des combinaisons inoffensives.

L'auteur fit d'abord des expériences sur

le lapin. Il donnait à cet animal des doses toxiques de lysol (soit 3 grammes par kilogramme d'animal) et, après un temps variable, lui faisait prendre des substances diverses (eau, lait, glycérine, alcool, magnésie calcinée, camphre), afin de voir si elles agissaient comme contre-poisons. Il vit que l'eau était nuisible, car elle hâtait l'absorption, et que les autres substances n'exerçaient aucune action sur les phénomènes d'intoxication. M. Friedlander, sur le conseil de M. Blumenthal, essaya diverses matières grasses (huile, saindoux, beurre), et il vit qu'elles étaient d'excellents contre-poisons, à la condition de les administrer en grande quantité, et dix minutes au maximum après l'absorption du lysol. Il eut également de très bons résultats avec le blanc d'œuf.

L'auteur, voulant juger exactement de l'action de ces contre-poisons, sacrifia les animaux, et, à l'ouverture de l'estomac, constata que les substances grasses formaient avec le lysol une émulsion ; le blanc d'œuf donnait, dans les mêmes conditions, un précipité.

De ces recherches, M. Friedlander conclut qu'il faut traiter l'empoisonnement par le lysol de la manière suivante : laver l'estomac et, aussitôt après, faire prendre au malade, dans le but d'empêcher l'absorption de nouvelles quantités de poison, de l'huile ou des blancs d'œuf en grande abondance. Défendre les boissons et l'eau en particulier. Elles ne peuvent en effet que hâter l'absorption du produit toxique.

PIERRE SÉE.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Eaux minérales. — L'Académie de médecine vient de prendre la décision suivante, sur l'initiative du professeur Gilbert, à propos des demandes en autorisation *pour les eaux à minéralisation très faible* :

« Le nombre des eaux minérales pour lesquelles est demandée l'approbation de l'Académie de médecine augmente d'année en année, a déclaré le professeur Gilbert dans son rapport. La plupart d'entre elles, plus ou moins fortement minéralisées, calquent leur composition chimique sur celle d'autres eaux approuvées précédemment, si bien que le problème de leur propre approbation comporte une solution claire et facile.

Mais certaines eaux sont également soumises à l'appréciation de l'Académie, dont la minéralisation est faible et pour lesquelles, par suite, tout critérium chimique fait défaut.

Leur refuser systématiquement un avis favorable serait s'engager dans une voie peut-être excessive : elles ne sont pas toujours effectivement incapables de rendre des services à la thérapeutique, et, d'ailleurs, quelques-unes d'entre elles ont déjà reçu l'approbation de l'Académie.

Toutefois, comme il est nécessaire qu'une ligne de démarcation soit établie entre les eaux « inermes » auxquelles il convient de donner la sanction académique et celles auxquelles il faut la refuser, votre Commission des eaux minérales vous propose, à *l'unanimité*, de prendre sur ce sujet la résolution suivante :

Dans le cas où l'analyse aura fait constater une minéralisation très faible, la Commission ne pourra donner un avis favorable qu'autant que les propriétés thérapeutiques de l'eau auront été établies devant elle, notamment par des rapports médicaux, par des travaux chimiques, thérapeutiques et bactériologiques, ainsi que par la pratique.

La Commission insiste sur la nécessité de s'assurer, pour toutes les eaux soumises à son examen, que le mode de captage et de protection de la source met cette dernière à l'abri de toute souillure.

Elle rappelle qu'il est interdit d'employer sur les prospectus ou étiquettes destinées à la vente la formule « autorisée » ou « approuvée par l'Académie de médecine ». La formule à employer doit être : « l'autorisation de vente a été accordée par le gouvernement, après avis de l'Académie de médecine en date du, etc. ».

Une Université à Hanoï. — M. Beau, gouverneur de l'Indo-Chine, a proposé, sans grand succès d'ailleurs, l'organisation d'une Université indigène à Hanoï, pour répondre à un sé-

rieux mouvement qui pousse les Annamites vers les études des sciences européennes. Les succès des Japonais, transformés par la civilisation occidentale, leur a démontré la nécessité de cette initiation à cette civilisation.

La récente création d'une Université chinoise sur le modèle des Universités européennes est de nature à entraîner les Annamites dans ce mouvement. Déjà de jeunes étudiants sont partis au Japon et en France.

Clinique médicale de l'hôpital Laënnec (cours de vacances). — Un cours clinique et pratique de manœuvres et techniques de diagnostic commencera le lundi 16 septembre 1907 (matin), et comportera 24 leçons faites, le matin à 9 h. 1/2, et le soir à 2 h. 1/2, dans les salles et au laboratoire de la clinique Laënnec, par MM. Marcel Labbé, agrégé, et Léon Bernard, médecin des hôpitaux; Lortat-Jacob, Laignel-Lavastine et Salomon, chefs de clinique; Henri Labbé, chef de laboratoire, et Vitry, sous la direction de M. le Pr Landouzy.

Hommage à M. Lucas-Championnière. — Les amis et les élèves de M. Lucas-Championnière, désirant célébrer sa promotion au grade de commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur, ont décidé de lui offrir une plaquette dont l'exécution a été confiée à M. Paul Richer, membre de l'Institut, ancien interne de M. Lucas-Championnière.

Les cotisations sont reçues chez M. Georges Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

Tout souscripteur d'une somme de 25 francs aura droit à une plaquette de bronze.

Fleurs académiques. — M. le Dr HUCHARD écrit dans le *Journal des praticiens* :

Il y avait les fleurs de rhétorique. Il y a maintenant les fleurs académiques. En voici une que nous cueillons dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 23 juillet 1907, discussion relative à la loi Roussel.

M. Porak, dans son « discours écrit », avait eu le tort de ne pas combler de louanges M. Pinard, et il avait répété dans son discours cette phrase de M. Strauss, sénateur : « Budin a été un bienfaiteur de l'humanité. » (Ne pas oublier que Budin a été l'élève chéri du regretté et éminent Tarnier.)

M. Pinard, prenant alors à partie son « cher » collègue, M. Porak, pendant tout son discours « parlé », lui décoche, entre autres, cette aménité du plus haut goût : « Vous confondez deux choses. Je sais que, chez vous, la confusion est chose coutumière, etc., etc. »

Et le reste, sur ce ton. Eh bien ! M. Porak n'avait qu'une chose à faire : quitter ostensiblement sa place et la salle des séances, et laisser le charmant orateur s'escrimer devant une banquette vide. Et on a vu quelques membres de l'Académie esquisser ce geste de protestation pendant la diatribe adressée au « cher » collègue. S'il n'eût pas été un « cher » collègue, on se demande comment on lui eût parlé ?

La lutte contre l'absinthisme. — En attendant que les Chambres françaises se décident à interdire la fabrication et la vente de l'absinthe, ces diverses mesures sont dès à présent strictement appliquées en Belgique.

En vertu d'une loi votée l'an dernier et promulguée au *Moniteur* le 27 septembre 1906, à partir du dimanche 28 juillet 1907, la fabrication, le transport ainsi que la détention pour la vente des absinthes sont interdites en Belgique sous peine d'une amende de 50 à 500 francs, et d'un emprisonnement de huit jours à six mois.

BIBLIOGRAPHIE

Névroses et psycho-névroses, par F. RAYMOND (171 pages, chez Delarue).

M. Raymond définit ce qu'on entend par névrose et montre que l'acceptation de ce terme, beaucoup trop compréhensif autrefois, s'est précisée peu à peu. Il faut séparer des grandes névroses non seulement le goitre exophtalmique, la chorée, la paralysie agitante, etc., mais aussi l'épilepsie, et même la neurasthénie qui n'a point droit à l'autonomie clinique et n'est qu'un syndrome. Bientôt on ne décrira plus la neurasthénie dans les livres classiques; elle ne relève pas plus d'une description d'ensemble que le mal de tête. Les grandes névroses sont constituées par la psychasthénie et par l'hystérie. Toutes deux sont justiciables d'un traitement surtout psychique, encore que très différent dans un cas et dans l'autre.

La psychasthénie a fait l'objet de deux leçons; l'auteur y expose sa conception si personnelle de cette psycho-névrose, qu'avec Pierre Janet il a constituée sur le modèle de l'hystérie, en décrit les manifestatisns cliniques et diverses, termine par une définition qui en met en relief les caractères fondamentaux.

Le dernier chapitre est consacré à l'hystérie; multiples ont été les définitions et les théories de cette névrose; Pitres, Sollier, Bernheim, Janet, Grasset, Babinski, ont tour à tour donné la leur. M. Raymond expose ses vues person-

nelles sur la question; il montre que l'hystérique, en raison d'une prédisposition héréditaire ou acquise, réagit d'une manière spéciale; ce qu'il y a chez lui de particulier, c'est une modification particulière du dynamisme nerveux, caractérisée par un trouble plus ou moins durable du régime des réflexes cérébraux, laissant ceux-ci fonctionner à faux, sans contrôle; de telle sorte qu'on observe des syndromes nerveux plus ou moins durables dans les divers domaines que règlent ces réflexes. M. Raymond passe en revue les manifestations multiples de la névrose et insiste sur l'existence des troubles circulatoires et trophiques; il rappelle, entre autres cas, l'histoire clinique d'un pemphigus hystérique qu'il a eu récemment l'occasion d'observer.

Des considérations sur le traitement de l'hystérie terminent ce volume; la légitime faveur dont jouit la « psychothérapie » ne résume pas à elle seule tout le traitement; il y a encore un traitement prophylactique (hygiène à la fois psychique, intellectuelle et morale), et un traitement curatif (isolement hors du milieu familial, repos au lit, rééducation tant psychique que physique).

On voit l'intérêt de ce livre qui, sous un format restreint, donne le résultat de recherches cliniques longtemps poursuivies, et fixe l'état actuel de nos connaissances sur la question.

Les venins, les animaux venimeux et la sérothérapie antivenimeuse, par le Dr A. Calmette. Un beau vol. in-8, de 396 pages avec 125 figures. Paris, 1907, Masson et Cie, éditeurs.

On sait quelle part importante M. Calmette a apportée à l'étude des venins et à la sérothérapie antivenimeuse. C'est à ses patientes recherches, commencées dès 1891 à Saïgon, que l'on doit la fixation d'une méthode sûre, grâce à laquelle le sérum antivenimeux est préparé aujourd'hui dans les Instituts Pasteur de Paris et de Lille et dans tous les instituts spéciaux qui se sont créés aussitôt aux Indes, en Autriche, au Brésil et aux États-Unis.

Le volume actuel groupe et met au point l'ensemble des notes très nombreuses présentées par le Dr Calmette et ses élèves dans les diverses sociétés savantes ou publiées dans les revues spéciales, à chaque étape successive de ses recherches. L'ouvrage est accompagné de très nombreuses et très belles illustrations : son édition par la maison Masson est quasi luxueuse, encore qu'il ne s'agisse point strictement d'un ouvrage de pure vulgarisation.

On lira avec un intérêt tout particulier les chapitres consacrés aux mœurs des serpents venimeux, à leur capture, à leur élevage dans les laboratoires et à la récolte de leur venin. L'étude chimique des venins, la physiologie de l'envenimation, la toxicité comparative des divers venins, celle du sang et des humeurs des serpents venimeux, font l'objet d'études très complètes, réunies ici pour la première fois.

La sérothérapie antivenimeuse représente le point culminant de l'ouvrage. On sait que la méthode de M. Calmette consiste essentiellement à accoutumer des chevaux à l'injection régulière d'une certaine quantité de venin de cobra, additionnée d'une proportion graduellement décroissante d'hypochlorite de chaux. Des inoculations répétées de venin pur à doses croissantes parachèvent l'immunisation, qui ne demande pas moins d'un délai de seize mois. Le cheval est alors prêt pour une saignée et pour un prélèvement de sérum. Celui-ci s'emploie à la dose de 10 grammes, ou — ce qui vaut mieux pour sa conservation — en faisant dissoudre extemporairement une dose de sérum desséché en paillettes, dans de l'eau distillée, que l'on injecte en n'importe quel point du corps, au besoin dans une veine, le plus tôt possible après la morsure. A moins d'opérer sur des moribonds — et encore! — le sérum, dont on répète au besoin les doses, agit toujours efficacement.

M. Calmette a pu établir que les divers venins appartiennent tous à deux types : l'un propre aux serpents du groupe des Colubridées et que caractérise la prédominance presque exclusive de la *neurotoxine*, l'autre qui correspond aux Vipéridées, et où domine l'*hémorragine*. Leur mode d'action est différent. La première s'absorbe rapidement, occasionne peu de troubles locaux, et agit aussitôt sur le bulbe en déterminant l'arrêt des fonctions respiratoires. Le venin des Vipéridées provoque de grands désordres locaux, amène la coagulation du sang, puis ultérieurement de l'hémolyse, et provoque des hémorragies graves des muqueuses et des séreuses.

Il a donc fallu immuniser séparément les animaux pour l'obtention de sérums destinés à combattre l'un ou l'autre de ces venins. Le sérum pour venin de Vipéridées est celui qui nous intéresse le plus, dans notre pays, puisqu'à part un Cœlopeltis de la région de Montpellier et de Nice, tous nos reptiles indigènes appartiennent à ce groupe. Néanmoins, on est arrivé à préparer un sérum *polyvalent* qui peut convenir aux morsures de n'importe quelle espèce de reptiles, et qui rend les plus grands services dans nos colonies où il peut s'expédier à l'état sec et se conserver indéfiniment.

L'ouvrage se termine par une étude très complète des venins dans la série animale : Batraciens, Poissons, Scorpions, Araignées, Insectes, Mollusques, etc.

Ces quelques lignes permettront de juger de l'importance et de l'intérêt de ce beau livre, appelé sûrement à un gros succès de librairie.

Affections cardio-vasculaires congénitales d'hérédo-syphilitiques, par le Dr Landouzy et le Dr Laederich (1 broch., 1907, Masson, Paris).

IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Faculté de Médecine de Paris. — *Nominations.* — Le *Journal officiel* vient d'enregistrer les nominations suivantes :

Chaire d'anatomie : M. Nicolas.

Chaire d'histologie : M. Prenant.

Chaire de clinique obstétricale : M. Bar.

Chaire d'opérations et appareils : M. Quénu.

Chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie : M. G. Ballet.

Institut de médecine légale et de psychiatrie.

Comité de direction : Le doyen, le professeur de médecine légale, le professeur de clinique des maladies mentales.

La présence des élèves est obligatoire à tous les cours et conférences indiqués par l'affiche, et doit être justifiée à chaque inscription.

Cours théorique de médecine légale. — Ce cours sera professé les lundi, mardi, jeudi, vendredi et samedi de chaque semaine, à la Faculté (amphithéâtre de pharmacologie), à 4 heures : 1° en novembre et décembre 1907, par M. le Prof. Thoinot ; 2° en janvier et février 1908, par M. Balthazar, agrégé. Le premier cours aura lieu le lundi 11 novembre 1907.

Cours pratique de médecine légale. — Ce cours commencera à la Morgue, le mercredi 13 novembre 1906, à 2 heures de l'après-midi et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Les mercredis : M. le professeur Thoinot ; les vendredis : M. Descous, chef du laboratoire de médecine légale ; les lundis : M. Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Conférences de médecine légale pratique. — M. le professeur Thoinot, assisté de M. Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux, de M. Demoulin, chirurgien des hôpitaux, et de MM. Dervieux et Paul, moniteurs, dirigera les mardis et vendredis de 9 heures à midi, des exercices pratiques portant sur toutes les questions médico-légales : autopsies, expertises au criminel, au civil et en matière d'accidents de travail.

Les conférences auront lieu soit à la Morgue, soit à la Faculté, soit à l'hôpital Laënnec. Suivant les sujets, le lieu des réunions sera indiqué au fur et à mesure pour chaque conférence.

MM. Ogier, Vibert, Descoust feront chaque semaine au laboratoire de toxicologie des conférences et des exercices pratiques de chimie et de microscopie appliqués à la toxicologie et aux recherches médico-légales.

Cours clinique de psychiatrie. — M. le professeur Joffroy commencera ce cours à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne, le samedi 16 novembre 1907, à dix heures du matin, et le continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure.

Cours théorique de psychiatrie. — MM. Dupouy et Charpentier, chefs de clinique des maladies mentales, commenceront ce cours, à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne, le jeudi 7 novembre 1907, à 9 heures, et le continueront les samedis, lundis et jeudis suivants à la même heure.

Cours théorique de psychiatrie médico-légale. — M. N..., agrégé, commencera ce cours le lundi 3 février 1908, à 10 h. 1/4, à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Examens de malades et rédactions d'observations ou de rapports. — MM. Dupouy et Charpentier, chefs de clinique des maladies mentales, dirigeront ces exercices pratiques, qui se feront à la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, les lundis et jeudis à 10 heures, et commenceront le lundi 11 novembre 1907, à la même heure.

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie. — Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français (titulaires de seize inscriptions) et étrangers, sont admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie après s'être inscrits au

secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les mardis, jeudis et samedis de midi à 3 heures. Les titres et diplômes, et de plus pour les étrangers, l'acte de naissance, doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont : un droit d'immatriculation, 20 francs ; un droit de bibliothèque, 10 francs ; quatre droits trimestriels de laboratoire à 75 francs, soit 300 francs ; un droit d'examen, 100 francs.

IIe Congrès International de physiothérapie (Rome, 13 octobre 1907). — Programme des travaux. — Le Congrès est divisé en trois sections :

1re *Section d'électrothérapie* :

Présidents français : MM. d'Arsonval, Bergonier, Gariel, Oudin.

Rapporteurs français : MM. Béclère et Belot : Radiothérapie des néoplasmes. — M. Albert Weil : Les bains hydro-électriques. — MM. Delherm et Laquerrière : Médication tonique.

2e *Section de kinésithérapie et orthopédie* :

Présidents français : MM. Demeny, Kirmisson, Lagrange, Sigalas.

Rapporteurs français : M. Kirmisson : Le traitement de la scoliose. — MM. Demeny et Philippe : L'éducation de la fonction respiratoire. — M. Lagrange : Le surmenage. — M. Sigalas : Traitement mécanothérapique des accidents du travail. — M. Chipault : Traitement du mal de Pott. — M. Maurice Faure : La rééducation. — M. Bourdon : Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

3e *Section d'hydrologie et de climatologie* :

Présidents français : MM. Garrigou, Gautier, Huchard, Robin.

Rapporteurs français : M. Heitz : Les modifications de la tension vasculaire dans les différentes formes d'hydrothérapie. — MM. Huchard et Piatot, Garrigou, Durand-Fardel, Quinton.

Les rapports officiels devront être expédiés à M. le Prof. Colombo, secrétaire général, via Plinio, 1, Rome, avant le 15 août. Ils ne pourront excéder 20 pages de texte imprimé format in-octavo. Ils devront être accompagnés d'un résumé en français de deux pages de texte imprimé. Les rapports seront distribués à tous les congressistes, avant l'ouverture du Congrès. Les résumés seront distribués au Congrès même à toute personne y assistant.

S'adresser, dès à présent, au Dr Maurice Faure, à La Malou (Hérault), pour l'inscription des communications, la discussion des rapports et tous renseignements relatifs aux travaux du Congrès.

Voir la note précédemment publiée pour les facilités de voyage accordées aux congressistes. Une note sera prochainement publiée, relativement à l'Exposition de thérapeutique physique organisée à l'occasion du Congrès.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE

PAR LES

Drs E. BOUCHUT & A. DESPRÉS

Septième édition mise au courant des derniers Progrès de la Science

Par les Drs **G. Marion** et **F. Bouchut**.

Magnifique vol. de 1590 pages in-8° sur deux colonnes, avec 1097 gravures dans le texte. *Indispensable aux Familles.*

Prix : BROCHÉ, **25** FR. ; — RELIÉ, **30** FR.

Le *Dictionnaire de Médecine et de Thérapeutique médicale et chirurgicale* des Docteurs Bouchut et Despres se trouve depuis nombre d'années entre les mains de tous les Médecins et Chirurgiens et de tous ceux qui ont à s'occuper des malades, dans les pharmacies, hôpitaux, infirmeries et maisons de santé.

La septième édition de ce Dictionnaire, l'un des plus pratiques et des plus utiles, vient d'être publiée par les soins de MM. les Docteurs Marion, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, et Fernand Bouchut.

TRAVAUX ORIGINAUX

La conduite à tenir en face des tuberculoses externes,

Par le Dr CALOT,
Chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild, de l'hôpital Cazin
et de l'Institut orthopédique de Berck.

Cette conduite diffère suivant qu'il s'agit d'une tuberculose suppurée, d'une tuberculose sèche ou fongueuse et d'une tuberculose ouverte fistuleuse.

I. — Le traitement des tuberculoses suppurées.

A) *Ce qu'il ne faut pas faire :*

Il ne faut jamais ouvrir les tuberculoses suppurées ni les laisser s'ouvrir.

Cette règle s'applique invariablement à tous les cas : abcès froids idiopathiques, ou abcès par congestion, adénites ramollies ou épanchements articulaires ou extra-articulaires dans les tumeurs blanches.

Voilà un axiome fondamental — bien facile à retenir et à observer, semble-t-il. Et cependant tous les jours il est méconnu et violé par la presque totalité des médecins, qui ouvrent encore les collections liquides tuberculeuses.

C'est pour eux que nous sommes obligés de redire, sans nous lasser : Autant l'ouverture d'un abcès chaud est chose excellente et même nécessaire, autant l'ouverture d'un abcès froid est fâcheuse, car elle donne entrée par la fistule persistante à des microorganismes du dehors, cause d'infections septiques secondaires et d'associations microbiennes vingt fois plus difficiles à guérir que la bacillose pure primitive.

L'ouverture est une faute qui se peut réparer, c'est vrai, lorsque le drainage est facile, comme dans les abcès froids essentiels et superficiels. Mais le dommage ainsi causé reste trop souvent irréparable lorsque le drainage se fait mal, comme dans les abcès de la coxalgie et surtout du mal de Pott. On peut dire sans exagération qu'*ouvrir un abcès de mal de Pott, c'est, au moins neuf fois sur dix, ouvrir une porte à la mort* qui surviendra un peu plus tôt, un peu plus tard (six mois, un an, deux ans après l'ouverture).

Voilà pour le danger vital des interventions sanglantes dans la tuberculose.

Mais, lorsque la guérison s'obtient par l'opération, à quel prix est-elle obtenue ! Comptez-vous pour rien les mutilations causées? Faut-il rappeler les impotences lamentables que laissent les opérations portant sur le squelette des membres chez

les enfants, en voie d'accroissement (et même chez les adultes), bien qu'à un moindre degré.

Mais pour ne parler que des tuberculoses superficielles qui paraissent le plus justiciables du bistouri, par exemple, des adénites cervicales opérées, n'est-ce donc rien que d'avoir laissé à cette jeune fille un cou balafré qui sera pour elle, jusqu'à la fin de ses jours, une cause de tristesse infinie, qui la marquera d'une tare

Fig. 1. — Résultat esthétique désastreux de trois opérations successives pour adénites cervicales.

indélébile, l'empêchera de s'établir et de mener une existence normale (Voir fig. 1 à fig. 7 inclusivement).

Et il ne s'agit pas là seulement des jeunes filles du monde. Combien de domes-

tiques et d'employés que leurs larges cicatrices au cou empêchent de se placer et de gagner leur vie...

Et je ne compte même pas les cas si nombreux où l'opération n'a pas empêché la récidive — où le seul résultat de l'intervention a été une mutilation !...

Fig. 2 et 3. — Autre cas de résultat esthétique lamentable après cinq opérations.

Retenez notre aphorisme que, *dans la tuberculose, le bistouri guérit rarement, aggrave souvent, mutile toujours.*

B) *Ce qu'il faut faire :*

Quel est donc le traitement des tuberculoses suppurées?

Est-ce de n'y pas toucher? Ceci vaut mieux, à tout prendre, que de les ouvrir, mais ne réussit pas toujours. La guérison spontanée, qu'on escompte alors, est chose trop longue et surtout trop incertaine, car l'abcès au lieu de se résorber peut grossir encore et s'ouvrir de lui-même et s'infecter par la suite.

L'abstention n'est acceptable que dans le seul cas où l'abcès est difficilement accessible, par exemple un abcès profond de mal de Pott, d'autant qu'il n'y a pas à craindre ici son ouverture au dehors.

A *cette exception près*, il faut traiter tous les abcès froids *par des ponctions et des injections* : méthode inoffensive, efficace, simple et pratique.

Nous allons indiquer la technique de ce traitement qui est toujours le même pour l'abcès idiopathique sous-cutané comme pour les abcès iliaques, symptomatiques d'un mal de Pott.

Vous aurez *trois instruments*.

Fig. 4. — Cicatrices disgracieuses résultant de l'incision des ganglions tuberculeux ramollis.

1° *Une aiguille* n° 3 ou 4 de Collin (fig. 8). Plus petite, elle se boucherait; plus grosse, elle expose à laisser un orifice qui pourrait devenir fistuleux.

2° *Un petit aspirateur* (fig. 9). Si vous n'en avez pas d'autre, prenez celui que Collin a construit sous mon nom, il est très commode, très simple et très solide, il a une contenance de 8 à 10 centimètres cubes, ce qui suffit.

S'il y a plus de 10 centimètres de pus, on enlève l'aspirateur (en laissant l'aiguille), on le vide, puis on le replace sur l'aiguille, et ainsi de suite.

3° *Une seringue facilement stérilisable* (fig. 10 et 11) s'adaptant à l'aiguille de l'aspirateur.

Ayez, en plus, un tube de chlorure d'éthyle pour l'anesthésie locale.

Fig. 5. — Chéloïdes résultant de l'ouverture avec grattage de ganglions tuberculeux.

Voici *les deux liquides modificateurs à injecter à la suite de la ponction* :

a) Soit un mélange d'huile, d'éther, de créosote et d'iodoforme, à savoir :

Huile.....	60	grammes
Ether.....	40	—
Créosote.....	4	—
Iodoforme.....	10	—

b) Soit un mélange de naphtol camphré-glycériné : 1 gramme de naphtol

[illegible]

FIG. 6. — Comme quoi l'extirpation ne guérit pas. Après une première extirpation qui laisse une cicatrice saillante, il s'est produit une récidive en deux points, dont l'un s'est déjà ouvert spontanément.

Quantité à injecter de ces deux mélanges :

1/2 gramme du mélange par chaque année d'âge, jusqu'à 20 ans. — Dose maxima : 10 grammes pour un adulte.

Intervalle : Faire une séance *tous les* 5 *ou* 6 *jours ;*

Nombre : 8 *à* 10 *injections* sont généralement nécessaires pour modifier et assainir l'abcès (fig. 12).

Après la 10e injection, on fait encore, à une semaine d'intervalle, deux ponctions évacuatrices sans injections consécutives, puis pansement compressif aussi

exact que possible, avec des languettes d'ouate hydrophile entrecroisées, maintenues par des bandes Velpeau.

On attend de quinze à vingt jours, en ajoutant une nouvelle bande Velpeau tous les quatre ou cinq jours.

Au 15e ou 20e jour, les parois sont accolées, l'abcès est guéri. (V. fig. 13 à fig. 19 inclusivement.)

Neuf fois sur dix, l'on ne rencontre aucune difficulté. Mais une fois sur dix, il

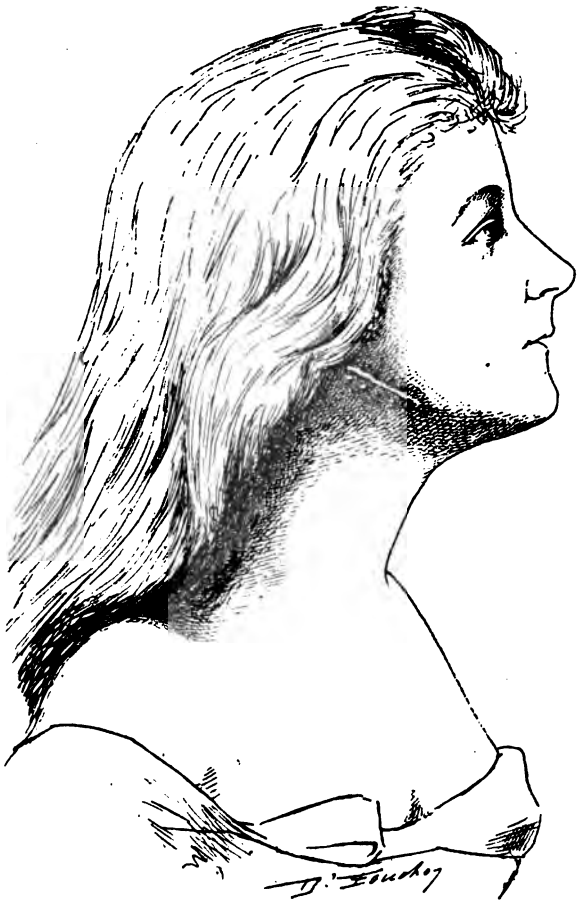


Fig. 7. — Le minimum de cicatrice (même très disgracieux) que laissera ici une opération.

pourra survenir tel incident qu'il faut connaître à l'avance pour en avoir facilement raison :

1° *Il vient du sang* par l'aiguille. Le sang vient tout au début, après l'introduction de l'aiguille.

Il est facile d'éviter les vaisseaux. Admettons pourtant que vous les ayez blessés et qu'un jet de sang vienne jaillir par le trou de l'aiguille; vous retirez celle-ci immédiatement, et vous mettez le doigt sur l'orifice en comprimant quelques

minutes, puis, tout comme dans le pansement de la saignée du bras, vous appliquez, sur le point qui saigne, un tampon d'ouate que vous maintenez avec quelques tours de bande Velpeau. Ce pansement, légèrement compressif, sera laissé en place pendant cinq ou six jours. Après quoi vous recommencerez vos ponctions en vous portant, pour éviter les vaisseaux, plus en dedans ou plus en dehors.

Autre chose est la goutte de sang qu'on voit quelquefois à la fin de la ponction.

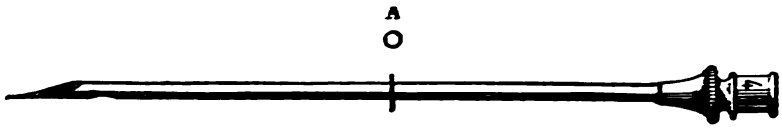


Fig. 8. — Aiguille n° 4 de Collin (grandeur naturelle) A. lumière de cette aiguille.

Fig. 9. — Aspirateur Calot (chez Collin) d'une capacité de 10 centimètres cubes.

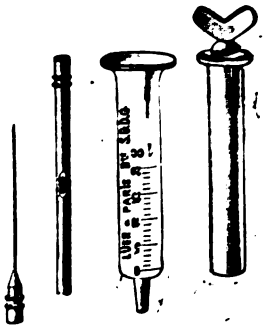


Fig. 10. — Seringue de Luer pouvant être remplacée par une seringue aseptique quelconque.

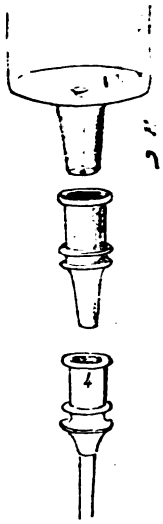


Fig. 11. — Pièce intermédiaire s'ajustant d'un côté à l'aiguille, de l'autre à l'aspirateur ou à la seringue (pour le cas où l'on a plusieurs abcès à ponctionner dans la même séance).

Lorsque le pus commence à venir légèrement teinté de rose, il faut enlever l'aspirateur et passer à l'injection pour faire ensuite, par-dessus l'abcès, une compression légère.

Il vaut même mieux ne pas attendre, autant que possible, le moment où le pus va se teinter : c'est-à-dire qu'il ne faut pas faire saigner.

Mais l'aspiration ne favorise-t-elle pas ce saignement? Non, pas ici, — ou à peu près pas — car on ne fait qu'une très petite aspiration, qui permet d'éviter, d'autre part, les malaxations manuelles qu'il faudrait exercer presque toujours sur la paroi

de l'abcès pour provoquer l'écoulement du pus ; or, ces malaxations exposent, bien plus que notre petite aspiration, au saignement et au traumatisme de la paroi.

1° *Pourquoi l'abcès ne se tarit pas ?*

Parce qu'on a continué trop longtemps les injections, parce qu'on n'a pas su, après la neuvième ou la dixième, les cesser complètement (il faut ne plus faire, à partir de ce moment, que des ponctions évacuatrices à quatre ou cinq jours d'intervalle, mais *sans injections consécutives*), ou encore parce qu'après la dernière de ces ponctions supplémentaires, on n'a pas su faire une bonne, méthodique et forte compression sur l'abcès, c'est-à-dire qu'on n'a pas su amener l'accolement exact de ses parois, sans points morts.

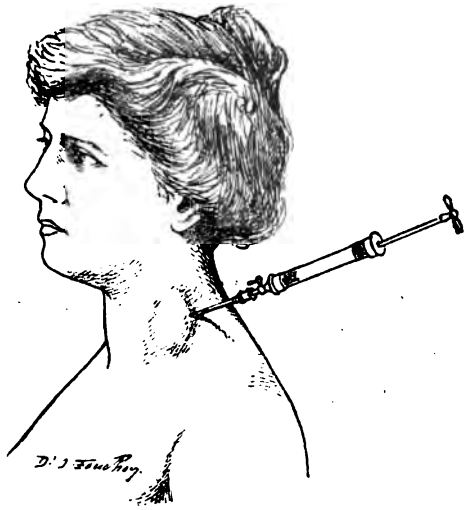


Fig. 12. — Après anesthésie au chlorure d'éthyle, on enfonce l'aiguille n° 4 armée de son aspirateur et on ponctionne le pus.

2° *Pourquoi l'abcès s'infecte ?*

Parce qu'on a fait une faute d'asepsie. Il est facile d'éviter l'infection, il suffit d'être propre : propreté du chirurgien, de la peau du malade, des instruments, du liquide de l'injection et des objets de pansement (1).

Il vaut mieux ne pas faire de grands lavages à la suite de la ponction, pour ne pas risquer d'infecter l'abcès.

(1) Mais lorsque la faute a été commise, lorsque l'infection septique existe, ce qui se traduit par une fièvre de 39° ou plus, survenant tous les soirs, depuis 10 à 15 jours, etc., il faut se résigner à ouvrir l'abcès. Il faut même savoir ne pas trop retarder, dans ce cas, l'ouverture et le drainage, car cette infection septique secondaire, en *vase clos*, peut s'exaspérer et amener des dégénérescences viscérales, tandis qu'on a, malgré tout, bien des chances d'en avoir raison, en drainant largement.

3° *Pourquoi l'abcès se fistulise ?* et le moyen d'éviter la fistulisation?

a) L'aiguille doit être petite : le n° 3 ou le n° 4 de Collin, c'est le calibre voulu. L'on se sert généralement d'un trocart trois ou quatre fois plus gros. C'est une imprudence grave qui peut causer la persistance de l'ouverture, c'est-à-dire une fistule.

J'ai eu un interne qui se servait de préférence de l'aiguille n° 5 ou n° 6, jamais

Fig 13. — Si la peau est déjà altérée en un point de la collection purulente, faire la ponction en un point éloigné, dans la peau saine, jusqu'à ce que les téguments se soient raffermis sur le point aminci.

oblitérée, sans doute, par des grumeaux caséeux; il y a eu plusieurs fistules. Je ne me sers plus que du 3 ou du 4.

Le n° 3 suffit lorsque le contenu de l'abcès est très liquide.

Lorsque l'aiguille n° 4 est bouchée par des grumeaux caséeux, on y pousse avec force quelques gouttes de liquide modificateur qui rejettent dans la cavité les débris caséeux dont elle est obstruée, et on voit l'écoulement du pus reprendre; si

l'aiguille se bouche encore, on injecte 1 gramme de naphtol camphré qui ramollira ces débris et on renvoie la ponction au surlendemain.

b) Une autre précaution à prendre pour ménager la peau, c'est de ne pas toujours piquer au même point.

c) Enfin, pour modérer la sécrétion, parfois très abondante, de la paroi, sécrétion stimulée par le liquide modificateur, en particulier le naphtol camphré, on

Fig. 14. — Dans le cas particulier de la fig. 13, on ne fait pas d'injections après la ponction, mais on comprime l'abcès au moyen de deux tampons entrecroisés (ce qui permet à la peau amincie de se raffermir).

n'injectera qu'une demi-dose ou même on ne fera qu'une injection sur deux ponctions.

Lorsque, à l'arrivée du malade, la peau, rouge, amincie et tendue, menace d'éclater, on fait immédiatement une ponction en piquant dans un point sain de la peau, puis après quelques jours une deuxième ponction, toutes les deux sans injection consécutive. Et l'on continue ces ponctions biquotidiennes, sans injection, jusqu'à ce que la peau ait recouvré sa consistance et sa coloration normales : après quoi, on fait comme d'ordinaire ponctions et injections.

Enfin, comme pansement, on mettra un véritable pansement aseptique, gaze et bandes, plutôt qu'une simple couche de collodion, qui n'empêche pas toujours l'infection et qui, irritant la peau, favorise souvent l'ouverture spontanée.

Influence de la guérison de l'abcès sur la lésion causale.

L'abcès guéri, la maladie est terminée s'il s'agit d'un abcès froid idiopathique; mais, lorsqu'il s'agit d'un abcès symptomatique que devient la lésion causale, par exemple l'os malade lorsqu'il s'agit d'un abcès par congestion ?

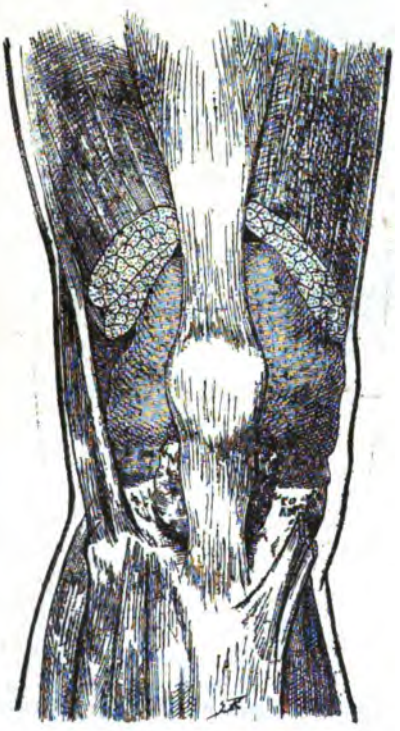


Fig. 15. — Les ponctions dans une articulation du genou. La cavité articulaire, distendue par le liquide, vue de face.

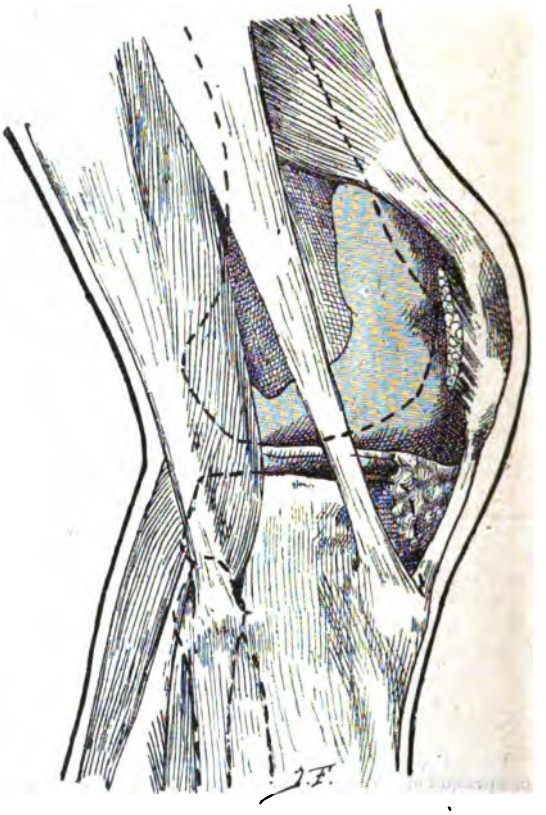


Fig. 16. — La cavité distendue, vue de côté.

Si *la totalité* des lésions osseuses ou articulaires communique *largement* avec la cavité de l'abcès, la guérison de l'abcès par les ponctions et les injections amènera la guérison de la maladie.

Dans le cas contraire, s'il n'y a qu'un des points du foyer osseux ou articulaire communiquant avec la cavité de l'abcès, ce foyer ne sera pas guéri en totalité évidemment et nous pourrons avoir, dans la suite, un nouvel abcès.

Cependant le premier cas est le plus fréquent ; c'est pour cela que, dans les lésions osseuses et articulaires qui traînent, la survenue d'un abcès est une bonne chance. Pourvu, cela va de soi, que l'abcès soit bien traité: et c'est ainsi que les

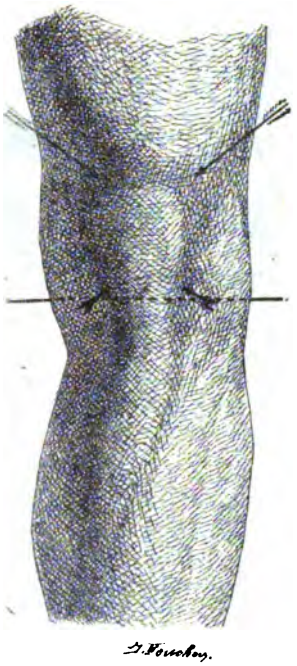


Fig. 17. — Où l'on fait les injections.

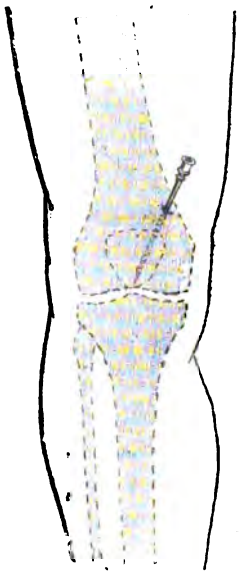


Fig. 18. — Trajet suivi par l'aiguille.

médecins qui ouvrent les abcès ossifluants aggravent la situation du malade et même, en cas de mal de Pott ou de coxalgie, causent sa mort, tandis que, si l'on traite les abcès comme nous venons de le dire, non seulement on ne cause aucun

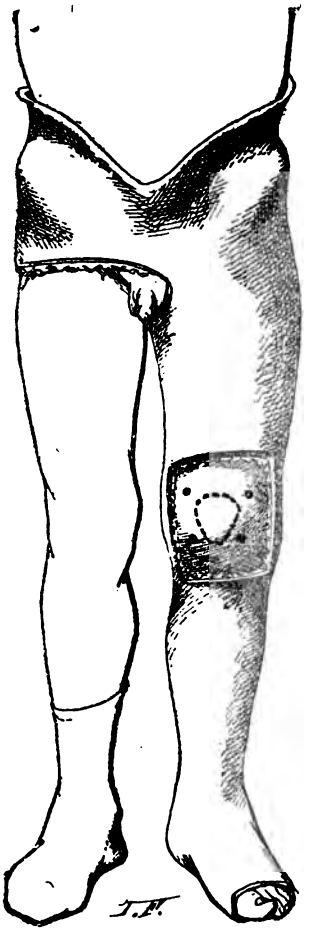


Fig. 19. — On peut faire les ponctions à travers une fenêtre pratiquée dans l'appareil plâtré.

dommage au sujet, mais encore on assure et hâte la guérison de sa maladie première.

Et l'on peut dire que si la date de l'apparition d'un abcès dans une ostéoarthrite tuberculeuse est une date néfaste pour les malades soignés par les médecins qui ouvrent les abcès froids, c'est une date heureuse pour les malades soignés par ceux qui les ponctionnent et les injectent.

Nous étudierons dans notre prochain article le traitement des tuberculoses sèches ou fongueuses et celui des tuberculoses fistuleuses.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,

Médecin des hôpitaux.

Importance pratique des traitements modernes de la fièvre typhoïde, par DASKE (*Zeitschr. f. Aerztl. Fortbildung*, 15 août 1907). — Il ressort de l'examen de toutes les tentatives d'immunisation contre la fièvre typhoïde, faites jusqu'à ce jour, que l'organisme réagit d'une façon très nette en produisant des antitoxines spécifiques, semblables aux anticorps que l'on trouve dans le sang des convalescents de fièvre typhoïde. Il est vrai que tous les sujets ne sont pas capables de produire des anticorps à la suite de cette vaccination.

Les recherches instituées dans l'Afrique du Sud ont démontré que, du moins avec le procédé actuellement adopté, une réaction organique énergique est nécessaire pour obtenir une protection efficace, pouvant durer un an. Mais il est possible que l'ensemble des réactions souvent fort désagréables n'est pas nécessaire pour réaliser l'immunité, et qu'un jour on arrivera à isoler la substance immunisante spécifique contenue dans le bacille. L'introduction dans l'organisme de cette substance donnera sans doute une immunisation de plus longue durée avec réaction moins marquée.

Il ne faut pas oublier que, dans les régions où la fièvre typhoïde est endémique, il existe nombre de sujets dont le tube digestif contient des quantités de germes typhiques et qui n'en sont nullement incommodés. Il est certain que l'épithélium intestinal de ces sujets a subi des modifications les mettant à l'abri d'une généralisation de l'infection. Il faudrait en conséquence essayer d'obtenir ce résultat chez les sujets qu'on désire immuniser.

Dans l'état actuel de la question, il n'y a pas lieu de préconiser la vaccination antityphique sur une grande échelle; il faut se borner à l'appliquer aux infirmiers qui soignent les typhiques et payent un large tribut à la dothiénentérie. Enfin, on pourrait, dans les régions où la maladie est endémique, arriver, par des vaccinations gratuites, à enrayer le fléau.

E. VOGT.

Traitement de la fièvre typhoïde, par HUTSCH (*Allg. wiener med. Zeitung*, 23-30 juillet 1907). — L'auteur traite depuis cinq ans ses typhiques par la méthode suivante : avant que le diagnostic soit assuré, le malade reçoit tous les jours 0,50 grammes de chlorhydrate de quinine. Dès que la fièvre typhoïde est confirmée, la quinine est supprimée et remplacée par une émulsion faite avec 30 gouttes de créosotal, 3 gouttes d'eucalyptol et 2 ou 3 cuillerées à soupe de lait bouilli ou de vin de condurango. Cette mixture est administrée 3 fois par jour.

Les 26 malades ainsi traités n'ont présenté aucune complication : tous les symptômes se sont rapidement atténués. La fièvre est tombée le sixième jour et un malade s'est levé le treizième jour, les autres, en général vers la quatrième semaine.

E. VOGT.

Traitement de la scarlatine, par GY et CLARET (*Bull. gén. de Thérapeutique*, 30 août 1907). — Actuellement, le traitement spécifique de la scarlatine paraît encore à trouver. Les auteurs abandonnent en conséquence ce sujet pour étudier les prescriptions hygiéniques qu'il y a lieu de recommander spécialement. La photothérapie (lumière rouge) semble donner de bons résultats et il est facile de recouvrir les carreaux de la chambre du malade de papier

parchemin de couleur, appliqué au moyen de colle de pâte.

Tous les deux jours, oindre des pieds à la tête le corps du malade avec une flanelle imbibée d'huile ou d'axonge : les jours intercalaires, on prescrira des bains à 35° dans lesquels on fait dissoudre une poignée de borax. Dans les narines, introduire 2 fois par jour quelques gouttes de glycérine boriquée à 1 p. 10. En outre, grands lavages buccopharyngés à l'eau boriquée, gargarismes avec de l'eau oxygénée à 12 volumes, étendue de 4 fois son volume d'eau.

Comme alimentation, pendant 4 à 5 jours, régime lacté : au 5e jour régime achloruré (potage, œufs) qu'on ajoute au régime lacté sans abandonner ce dernier, puis on donnera même de la viande, toujours sans sel, jusqu'à la fin des 3 premières semaines : à ce moment, on reprend peu à peu le sel.

Traitement des complications. Hyperthermie. Le bain est le meilleur procédé pour combattre cette complication.

Collapsus. Piqûres d'huile camphrée à 1 p. 10, métaux colloïdaux, collargol en frictions à 1 p. 10.

Complications cardiaques. Les médicaments classiques (digitale, etc.) sont indiqués ainsi qui les injections de métaux-ferments.

Complications articulaires. Le salicylate de soude est peu efficace et provoque des désordres stomacaux. L'aspirine est alors bien préférable.

Complications rénales. En cas de néphrite, régime lacté, cela va sans dire, urotropine (0,05 à 0,50 gr. selon l'âge, 3 fois par jour). Dans les cas graves, ventouses scarifiées, saignée même, diète hydrique pendant 48 heures, bains tièdes et purgatifs drastiques; la théobromine sera administrée pendant 3 jours si les urines restaient rares.

E. Vogt.

L'héliothérapie dans les tuberculoses locales et la méthode de Dreyer dans les adénites tuberculeuses expérimentales, par J. Roux (*La Pédiatrie pratique*, 15 août 1907). — L'auteur a essayé surtout expérimentalement l'héliothérapie en sensibilisant les tissus suivant la méthode de Dreyer. Il a essayé trois sortes de traitement :

1° Le simple badigeonnage avec la solution d'érythrosine sur la région de la peau recouvrant les adénites, suivi d'une exposition immédiate au soleil;

2° L'injection sous-cutanée d'une solution d'érythrosine à 1 p. 100 dans la solution saline et exposition au soleil deux heures et demie après ;

3° Injection sous-cutanée de 1/2 cc. de la solution d'érythrosine; deux heures et demie après injection de 1 cc. d'une solution de perborate de sodium à 1 p. 100; exposition une demi-heure après. Les résultats ont été plus rapides avec la deuxième technique.

Le traitement a pour effet d'isoler la gangrène, de diminuer le volume de la masse ganglionnaire, par suite de la guérison de la périadénite.

Si la suppuration a déjà commencé elle est activée, se tarit ensuite plus rapidement et les jeunes fistules finissent par se fermer complètement sans laisser de pus sous la peau. L'action sur l'adénite elle-même non suppurée, est très lente, peu appréciable.

Les rayons actiniques ont peu d'action sur l'ulcération tuberculeuse.

Voici les conclusions de l'auteur :

Pour des ganglions agglomérés, suppurés, ouverts à la peau, on doit essayer le traitement de Dreyer; il est inutile d'injecter sous la peau l'érythrosine; les résultats seront plus lents, mais tout aussi certains en badigeonnant seulement la surface cutanée recouvrant les ganglions.

Dans toute suppuration tuberculeuse qu'on ne doit pas laisser évacuer seule par la peau (abcès par congestion, coxalgie suppurée) il ne faut pas se servir de ce traitement, car les rayons actiniques (sensibilisation) appellent le pus à la peau et provoquent l'ouverture du tégument.

Cette thérapeutique a donc ses limites, ses indications. Elle peut rendre des services, en l'associant aux autres méthodes. Mais pour se rendre compte des résultats de la méthode, de nombreuses observations sont encore nécessaires.

L. Jumon.

Traitement radiographique des adénites tuberculeuses, par Dupeyrac (*Marseille médical*, 15 août 1907). — Les écrouelles ont toujours constitué une affection tenace, jusqu'au moment où l'application des rayons X fit entrer la médication de ces polyadénites dans une phrase nouvelle (*Bergonié*, 1905). L'auteur a, depuis cette époque, traité par cette méthode une série de 26 cas : les résultats obtenus furent les suivants :

Dans les adénites récentes, souples, non

suppurées, la guérison est la règle, après deux ou trois mois de traitement, sans qu'on observe ni douleur ni réaction inflammatoire (séances faibles, répétées deux ou trois fois par semaine).

Lorsque les adénites ont déjà subi un commencement de ramollissement, il semble que les rayons X activent la suppuration. Des douleurs apparaissent, la fluctuation devient plus nette.

En ponctionnant les points suppurés, on peut encore espérer la guérison par la radiothérapie. Mais il ne faut pas attendre que la peau soit amincie, violacée.

Sur les adénites ouvertes, ulcérées ou fistuleuses, les rayons X favorisent le suintement. Les fistules se ferment plus rapidement et les ulcérations se mettent à bourgeonner. Il faut dans ces divers cas éviter les fortes doses de rayons qui peuvent entraîner des réactions douloureuses. Les tissus tuberculeux sont particulièrement sensibles aux rayons X. Il peut se former des escarres douloureuses et longues à cicatriser.

Enfin, la radiothérapie ne donne que des résultats incomplets en présence de ganglions durs, ligneux, en voie de transformation fibreuse. Il faut de longs mois de traitement pour arriver à diminuer leur volume de moitié. Il semble qu'on ne puisse pas les faire disparaître complètement.

Dans aucun cas, l'auteur n'a observé de mauvais effets sur l'état général à la suite de ces irradiations : l'état général s'est amélioré parallèlement à l'état local. Jamais le traitement général n'a été négligé (huile de foie de morue, glycérophosphates, arsénic, etc.).

E. Vogt.

Influence des injections de sang provenant d'un animal sur les tumeurs malignes, par Bier (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 29, 1907). — L'auteur a depuis plusieurs années essayé, en injectant du sang d'animal, à faire entrer en régression des tumeurs inopérables. Il a injecté du sang de porc dans des carcinomes et à leur pourtour : dans presque tous les cas, la sécrétion sanieuse des carcinomes ulcérés fut enrayée, et dans quelques cas il obtint un arrêt complet dans le développement de la tumeur avec nécrose ou résorption spontanée. Dans d'autres cas, le résultat fut négatif. La destruction des éléments anormaux se fait par nécrose simple ou à la suite d'une infiltration inflammatoire accentuée, donnant naissance à du tissu conjonctif nouveau.

E. Vogt.

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Traitement de la fatigue, par M. F. Lagrange (*Revue des mal. de la nutrition*, n° 7, juillet 1907, pp. 289-300). — Le meilleur remède contre la fatigue, c'est le repos. Elle peut toutefois être atténuée par certains moyens hygiéniques ou pharmaceutiques.

L'*alimentation* est un agent réparateur physiologique. Elle fournit les calories nécessaires aux dépenses d'énergie, mais cette action est tardive ; elle agit donc aussi d'une manière psychique, puisque l'impression de réconfort que donne l'alimentation précède la réparation matérielle des forces.

Certains procédés, tels que *massage*, *douche froide*, dissipent la fatigue en agissant mécaniquement ; ils n'ajoutent rien toutefois aux réserves d'énergie de l'organisme.

Un grand nombre de médicaments et une catégorie spéciale d'aliments exercent sur le système nerveux une influence stimulante énergique. Mais cette action ne fait que faciliter la dépense des réserves, sans restituer à l'organisme la somme d'énergie dépensée ; c'est ce qui explique la sensation de fatigue qui suit l'excitation produite par ces drogues. Parmi ces produits, on peut citer l'*alcool*, qui est un stimulant, le *café*, la *coca*, la *kola*, qui sont des palliatifs de la fatigue dont ils diminuent les sensations pénibles.

La *théobromine* est un dynamogène. Elle est associée à la caféine et à des matières nutritives dans le chocolat qui constitue un bon aliment réparateur. On peut ajouter à cette nomenclature la *strychnine*, l'*acide formique*, les *glycérophosphates*, les *lécithines*.

Mais, d'après M. Lagrange, le véritable traitement de la fatigue consisterait dans l'entraînement progressif du corps et de l'esprit, le repos et une alimentation rationnelle.

Pierre Sée.

Traitement de l'anémie pernicieuse par la moelle osseuse, par GARDON GULLAN (*The Lancet*, 24 août 1907). — Dans tous les cas d'anémie pernicieuse qu'il a observés dans ces dernières années, l'auteur a constaté l'existence d'une lésion bien caractérisée des voies digestives, lésion qu'il rattache à une infection microbienne ou toxique.

L'administration qu'on avait d'abord faite de l'arsenic dans ces cas a fait baisser la courbe des érythrocytes, mais en supprimant le médicament et en lui substituant de la moelle osseuse fraîche de bœuf, aussi rouge que possible, donnée à chaque repas sous forme de sandwich, on constata rapidement une élévation du nombre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine. Dans un cas le chiffre de globules rouges de 1.200.000 s'éleva à 4.500.000 et le taux de l'hémoglobine passa de 37 à 98 p. 100 après deux mois de traitement.

Un point sur lequel insiste Gullan est que, malgré la répugnance et les nausées du malade, celui-ci doit persévérer dans son traitement par la moelle osseuse, qui doit être donnée en plus grande quantité qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

L. JUMON.

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT,

Ancien interne des hôpitaux.

Sur l'anesthésie lombaire, par ALWIN ACH (*Münch. med. Woch.*, 13 août 1907). — Sur 450 cas dans lesquels l'anesthésie lombaire a été appliquée, l'auteur n'a jamais observé de phénomènes graves ; les malades ont éprouvé des douleurs de la tête, de la nuque, de la région sacrée qui ont duré quelques heures, parfois plusieurs jours. Les phénomènes les plus graves ont été des paralysies des abducteurs qui se sont dissipées spontanément.

Ces bons résultats sont attribuables à une bonne technique. S'il se produisait des accidents graves, comme du collapsus ou de la paralysie de la respiration, il faudrait immédiatement faire une ponction lombaire et retirer de 5 à 6 cc. de liquide, ce qui déterminerait l'issue d'une certaine quantité de l'anesthésique injecté. On ferait immédiatement aussi la respiration artificielle et des injections sous-cutanées de caféine, au besoin on appliquerait la bande de Bier au cou.

Pour combattre les phénomènes secondaires, on a donné la phénacétine et l'aspirine, mais avec peu de résultat. Dans deux cas la caféine a dissipé très rapidement de violentes douleurs de tête.

Comme prophylaxie, l'auteur recommande une bonne technique et l'emploi de la tropacocaïne ; on n'emploiera jamais que de faibles doses, et les solutions ne seront jamais concentrées. Le malade devra toujours être couché sur le dos et, si possible, la partie supérieure du corps élevée, au moins après l'opération. On s'abstiendra autant que possible de la position inversée et on pourra employer la bande sur le cou.

Comme contre-indications de la ponction lombaire, il faut citer la syphilis récente ou mal soignée, la fièvre d'origine inconnue, les états septiques qui peuvent avoir leur retentissement à la suite de l'injection, les maladies du système nerveux central, comme le tabes, les scolioses fortes.

Dans les opérations abdominales, l'auteur a fait en même temps avant l'opération une injection de morphine d'un à deux centigrammes avec d'excellents résultats. Il a pu ainsi pratiquer plusieurs gastro-entérostomies, une résection de l'estomac, des entéro-anastomoses, opérer des périthyphlites, sans douleur, même dans la période aiguë. L'injection de morphine est également indiquée chez les individus nerveux.

L. JUMON.

Traitement des fistules du menton, par MARCILLE (*La tribune médicale*, 27 juillet 1907). — Toutes les fistules qui siègent au menton sont d'origine dentaire. Si l'on se contente d'extirper la fistule, de gratter et de cautériser l'os, on ne tardera pas à voir la fistule récidiver. Cependant, si on examine superficiellement les dents, il ne semble pas qu'elles soient malades. A un examen plus complet, on découvre que c'est la racine d'une incisive qui est malade. Pour guérir la fistule sans enlever la dent, on applique un coup de trépan en regard de la pointe et on enlève un morceau de la paroi antérieure de l'alvéole et toute la partie cariée de la dent. La fistule guérit alors d'elle-même et d'une façon définitive.

Une fois la lésion localisée sur une dent,

trois méthodes de traitement se présentent:

Faire extraire la dent, comme le préconisait Boyer;

Trépaner l'apex, comme le fait Martin;

Faire la greffe, suivant la méthode de Magitot.

La première méthode n'est pas applicable à une incisive, il ne faut y avoir recours que dans le cas d'échec des deux autres procédés.

La greffe se compose de trois temps: l'extraction, la résection de la partie altérée et l'aseptisation du canal; la réimplantation.

La trépanation se fait au fond du sillon gingivo-jugal. On enlève toute la partie malade et pour assurer le drainage on laisse une perte de substance dans l'alvéole.

Cette dernière méthode est simple et rapide, la réimplantation de la greffe est un temps de l'opération assez douloureux.

L. Jumon.

Résection plastique de la glande mammaire, par M. Warren (*Ann. of. Surg.*, juin 1907). — Il importe de se préoccuper de l'esthétique des formes quand on enlève des tumeurs bénignes du sein chez les femmes jeunes. L'auteur conseille donc de les enlever par des incisions curvilignes embrassant la base de l'hémisphère externe du sein. C'est en effet là la direction du pli sous-mammaire, en même temps que le siège de ces grosseurs se trouve plus généralement dans les cadrans externes de la glande. On arrive ainsi, à travers la graisse, jusqu'au bord externe du grand pectoral. Le bistouri et le doigt suivent le plan de clivage qui sépare les deux feuillets superficiel et profond de l'aponévrose de ce muscle.

Rien n'est plus aisé, une fois ce décollement opéré, que de rabattre la glande *en dedans* et d'extraire les *tumeurs* ou les *kystes* par des incisions radiées ou cunéiformes partant du centre de la glande. L'exérèse doit respecter la peau et les tissus sous-cutanés, se bornant à enlever le tissu glandulaire. Ne pas chercher à énucléer, car certaines tumeurs, notamment les fibromes, adhèrent de toutes parts. On exécute ensuite des sutures profondes, perpendiculaires à la direction des rayons. Chemin faisant, on sera amené à compléter l'opération plastique en fixant la glande au fascia du grand pectoral, pour donner au sein de la « tenue » ; ou bien on saura remédier à l'ombilication du mamelon par quelques débridements à sa base, suivis de la suture en bourse des tissus sous-jacents. Avoir soin d'enlever les gros kystes sans les crever, pour éviter les réinoculations.

A. Benoît.

Les tumeurs malignes du foie et des voies biliaires au point de vue chirurgical, par M. Garbarini (Parme, 1907). — L'auteur se livre à une étude détaillée de toutes les tumeurs hépatiques *malignes*. Selon lui, la forme fondamentale de l'épithélioma hépatique serait l'*adénome*. Si l'*adéno-carcinome* est rare, c'est parce qu'il se diffuse rapidement et entraîne la mort avant transformation complète. On ne sait encore pour quel motif l'*adénome* est si souvent associé à la *cirrhose* (cancer squirrheux), et M. Garbarini s'en tient à un simple exposé d'opinions. Les *cancers massif* ou *nodulaire* véritables s'observent aussi dans cet organe. Le premier se distingue par un développement énorme de l'organe, sans altération de forme ; chose assez curieuse, la tumeur, d'une dureté ligneuse, le plus souvent non accompagnée d'ictère, d'ascite ou de circulation supplémentaire, ne retentit pas sur la rate. Le cancer *nodulaire* déforme le foie; il cause des douleurs vives qui s'irradient vers l'hypocondre, l'épaule et le bras droits. L'ascite est fréquente et l'ictère également. L'*adéno-carcinome* s'accompagne presque toujours d'ascite et d'ictère ; le foie est de volume normal, ou peu augmenté. Il y a des varicosités abdominales et de la tendance à l'épistaxis et au mélæna.

Le traitement chirugical n'est applicable qu'au cancer nodulaire, le cancer massif étant inopérable. Encore faut-il que la tumeur soit au début et siège sur les bords facilement accessibles. La mortalité des interventions faites dans ces conditions est faible (17 p. 100). On signale plusieurs années de survie. Les résultats sont sensiblement les mêmes pour le cancer des voies biliaires dont la fréquence relative a été établie dans ces dernières années. Toute opération palliative, telle que la cholécystostomie, serait ici néfaste.

A. Benoît.

Traitement de la coxalgie, par M. Guillaume-Louis (*Ann. méd. chir. du centre*, 1er septembre 1907). — Le traitement de la coxalgie doit être envisagé sous trois formes, qui répondent à des états différents

de la lésion tuberculeuse : coxalgie sans abcès, coxalgie avec abcès, coxalgie fistuleuse.

Coxalgie sans abcès. — Immobilisation précoce et pendant un temps long. Mettre le malade au lit et empêcher tout mouvement dans l'articulation de la hanche. Pour réaliser cette immobilisation de la jointure, deux procédés ont été employés : l'extension continue, l'appareil plâtré. Il ne faut pas employer l'un à l'exclusion de l'autre, mais appliquer le premier, en général au début de la coxalgie, pendant six ou huit mois, au moins; après on appliquera l'appareil plâtré.

L'extension continue peut être réalisée très simplement, sans recourir à un lit spécial ou à une gouttière métallique. Il suffira d'avoir une planche qu'on glisse sous le matelas peu épais, une serviette de toile suffisamment large qu'on taille en bandage de corps et qui, à l'aide de bandes de toile fixées aux barreaux du lit, à la tête et aux pieds, servira à faire la contre-extension. L'extension proprement dite est réalisée à l'aide d'une bande de toile fixée sur le membre malade entouré d'ouate; cette bande forme une anse ou un étui sur lequel on fixera la corde reposant sur une poulie et portant des poids.

Pour éviter que le pied tourne en dedans, on fixe ce dernier en bonne position dans une sorte de boîte dont se sert M. Ménard.

L'appareil plâtré, appliqué seulement au bout de six ou huit mois d'extension continue, sera d'abord un grand spica, prenant tout le membre inférieur, le bassin et remontant jusqu'à la base du thorax. L'enfant doit rester toujours couché. Au bout de dix mois on ne fera descendre l'appareil plâtré que jusqu'au-dessus du genou et on laissera l'enfant marcher avec des béquilles.

Au bout de six mois l'enfant sera rendu à la liberté. On veillera à ce que le membre soit placé en extension et en abduction.

Dans la coxalgie avec abcès, on doit repousser d'une façon absolue toute incision. Le seul traitement est la ponction faite avec les soins les plus minutieux d'asepsie en enfonçant le trocart obliquement pour permettre ensuite aux parois de se rapprocher et d'éviter la fistulisation. Comme injection modificatrice, recourir à l'éther iodoformé ou au thymol camphré. Les ponctions sont répétées tous les dix, quinze ou vingt jours, suivant la rapidité de reproduction du pus.

La résection aseptique avec curettage intégral de l'abcès et de la hanche n'est indiquée que lorsque tous les autres moyens ont échoué; elle trouve son indication dans la coxalgie fistuleuse. Mais ici il faut distinguer entre les fistules temporaires, aseptiques, et les fistules permanentes, septiques.

Dans ce dernier cas, on commencera par des pansements humides à l'eau oxygénée. Si les lésions et l'état général s'aggravent, il faut, après quatre à cinq mois, faire la résection de la hanche.

L. Jumon.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr Pierre Sée,

Lauréat de la Faculté.

Excitation mécanique produite par les aliments sur la secrétion gastrique, par M. Schiff (*Zeitschrift für klinische Medizin*, 1907, 61, 2-4). — La sécrétion gastrique se produirait, d'après Pawlow, sous l'influence de l'appétit, ou par l'excitation *chimique* dûe au contact des aliments sur la muqueuse de l'estomac. L'action des aliments serait donc chimique et ne serait pas dûe à l'irritation mécanique des parois stomacales.

M. Schiff combat cette opinion. Il a observé, en effet, que, chez les animaux porteurs de fistules stomacales, l'addition au repas d'épreuve de sous-nitrate de bismuth, de sable, de verre finement pulvérisé augmente, du simple au double, la quantité de suc gastrique. Il aurait constaté cette hypersécrétion en employant indifféremment une de ces substances, et il en conclut que ces corps agissent d'une manière purement mécanique.

Pierre Sée.

Action des métaux en poudre sur la sécrétion gastrique, par M. Bickel (*Soc. de méd. de Berlin*, 17 juillet 1907). — Les métaux à l'état métallique exerceraient, d'après M. Bickel, et plus que ne le feraient leurs chlorures, une action intense sur la secrétion gastrique. Les métaux communs, tels que le fer, le magnésium, l'aluminium, réduits en poudre fine, exciteraient la sécrétion gastrique. Les métaux nobles (or, argent) seraient, au contraire, inactifs. Il en

serait de même de l'étain, du manganèse et du bismuth.

Ces effets excito-sécrétoires seraient, d'après l'auteur, dus au dégagement d'hydrogène. Ce gaz se produirait au cours de la réaction du suc gastrique acide sur les métaux. La courbe de sécrétion qu'a obtenue M. Bickel en employant des quantités progressivement croissantes ou décroissantes de métal a, en effet, la même forme que celle qu'avait réalisé M. Hinsheimer. Ce dernier avait utilisé le carbonate de chaux qui dégage également un gaz, l'acide carbonique.

Certains praticiens avaient proposé de traiter l'ulcère de l'estomac par un mélange de glycérine et de poudre d'aluminium. M. Bickel proscrit cette thérapeutique. Elle va, selon lui, à l'encontre du but que l'on poursuit; cette préparation déterminerait, en effet, la secrétion d'un suc gastrique très acide et riche en peptone.

PIERRE SÉE.

Les suites médicales éloignées de la gastro-entérostomie au cours de l'ulcère de l'estomac et de ses complications, par M. DENECHAU (*Thèse de Paris*, 1907). — La gastro-entérostomie, pratiquée au cours de l'ulcère de l'estomac, fait cesser en général les douleurs, les vomissements, les hématémèses. Elle facilite souvent l'évacuation gastrique et favorise l'engraissement du malade. Mais parfois l'amélioration obtenue par l'opération est passagère et les symptômes réapparaissent.

Le peu de certitude des résultats ne tiendrait pas, selon M. Denéchau, au mode opératoire. Il serait dû au fait que l'intervention n'a pas d'influence sur le chimisme gastrique. Le malade qui, avant la gastro-entérostomie, avait de l'hyperchlorhydrie ou de l'hypersécrétion, présente après l'opération les mêmes troubles digestifs. Aussi M. Denéchau, comme l'avait déjà conseillé von Mikulicz en 1897, est-il d'avis de soumettre à un traitement médical rationnel les sujets qui viennent de subir la gastro-entérostomie. L'opération, en effet, ne fait que créer un orifice gastrique nouveau; elle ne peut modifier le chimisme digestif. Il faut donc traiter les opérés suivant le type chimique de leur dyspepsie. Les types les plus fréquents sont l'hyperchlorhydrie d'emblée ou tardive et l'hypersécrétion.

PIERRE SÉE.

Injections sous-cutanées contre la gastro-entérite, d'après M. LESAGE (*Journ. de méd. de Paris*, n° 30, 28 juillet 1907, p. 288).

Caféine	2	grammes
Benzoate de soude	2	—
Eau distillée	20	—

Deux gouttes avant un an, quatre gouttes après un an.

PIERRE SÉE.

Lavement nutritif (*Journ. de méd. de Paris*, n° 29, 21 juillet 1907, p. 277).

Viande maigre de bœuf triturée	200 gr.
Pancréas de bœuf pilé	N° 1

Passer le tout au tamis et ajouter :

Laudanum de Sydenham	XV gouttes
Eau distillée	200 gr.
Jaune d'œuf pour émulsionner	N° 1

PIERRE SÉE.

Appareil pulmonaire.

Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement à l'air libre de la pneumonie aiguë, par G. E. RENNIE (*The Brit. med. J.*, 31 août 1907). — On a reconnu aujourd'hui que la pneumonie n'est pas une maladie respiratoire vraie, mais une infection aiguë, les signes pulmonaires n'étant qu'une manifestation de la réaction locale des tissus aux germes pathogènes. En l'absence de remède ou de sérum spécifique, l'indication est d'augmenter les défenses de l'organisme, principalement la résistance du cœur contre les effets dépresseurs des toxines.

L'oxygénation insuffisante du sang, indiquée dans quelques cas par la cyanose, est une autre indication du traitement, d'où l'importance dans quelques cas des inhalations d'oxygène. Or, l'auteur croit que ces deux indications sont mieux remplies par le traitement à l'air libre.

Les malades sont placés sur la véranda de l'hôpital où ils restent jour et nuit. On place seulement un paravent à la tête du lit pour éviter l'accès direct du vent froid. Sur 20 cas, il y a eu un seul décès concernant un homme de soixante ans qui mourut quelques heures après son entrée.

Il n'est survenu d'ailleurs aucun symp-

tôme défavorable attribuable au traitement, au contraire, l'état des malades a paru favorablement influencé. Dans la plupart des cas la crise est survenue au bout de deux ou trois jours et n'a jamais dépassé une semaine à partir du frisson initial. Rarement on a eu besoin de recourir aux stimulants cardiaques et à la strychnine. L'appétit est revenu plus vite et les malades se sont mieux alimentés. Enfin, la convalescence est plus rapide. Mais on ne peut être bien renseigné sur la valeur d'un traitement dans la pneumonie que par un très grand nombre d'observations.

L. Jumon.

Prophylaxie des affections valvulaires, par Richard Caton (*The Brit. med. J.*, 10 août 1907). — Dans le rhumatisme aigu, les lésions inflammatoires sont de même espèce dans les lésions articulaires et l'endocarde. Mais, tandis que la douleur impose un repos salutaire aux articulations, le cœur poursuit son activité et c'est peut-être la raison pour laquelle les lésions valvulaires sont si persistantes.

La position, la force dépensée, la nature de l'alimentation, le degré de tranquillité mentale, le degré de contraction artérielle sont autant de facteurs qui influencent la somme du travail mécanique du cœur.

Dans le rhumatisme aigu et la plupart des états pathologiques qui s'accompagnent de lésions valvulaires, on peut assurer en très grande partie le repos et les conditions favorables pour la guérison des lésions.

Le repos doit être à la fois physique et mental; le régime doit être léger, s'il y a de l'insomnie on a recours aux hypnotiques.

Trois ou quatre fois par jour on donnera une dose d'iodure de sodium ou de potassium pour favoriser la résorption des produits inflammatoires, pour diminuer le volume du sang et la pression sanguine, comme on le fait dans les cas d'anévrysme.

On peut aussi agir sur les nerfs trophiques et vasomoteurs du cœur, sans exciter les fibres musculaires, en appliquant pendant trois ou quatres heures de petits vésicatoires sur les territoires des premières paires nerveuses dorsales. C'est également un bon moyen de combattre l'inflammation.

Le repos est cependant la mesure la plus importante de traitement. Il doit être continué durant six à huit semaines ou même davantage. Cette période initiale de la lésion valvulaire est extrêmement importante au point de vue de l'avenir et le repos prolongé est encore le meilleur moyen d'en assurer la guérison, ainsi qu'on s'en rend compte souvent par les modifications favorables survenues dans les signes d'auscultation. Si, après une attaque de rhumatisme aigu, on laisse le malade se lever sitôt les phénomènes aigus passés, on s'expose à voir s'aggraver et devenir chronique une affection mitrale. Il importe donc d'éclairer un peu le malade sur sa situation afin de lui faire comprendre l'importance thérapeutique du repos dans une période où ses lésions sont guérissables et dans laquelle, néanmoins, se croyant guéri, il ne sent pas la nécessité de ce repos.

L. Jumon.

Traitement de l'hypertrophie du cœur, par Alexandre Morison (*The Lancet*, 24 août 1907). — L'hypertrophie vraie, c'est-à-dire l'hypermyose du cœur, reconnaît principalement pour cause l'insuffisance aortique et la gêne apportée au fonctionnement du cœur par des adhérences qui fixent le cœur au péricarde.

Tant que l'hypertrophie compensatrice subsiste, le cœur peut répondre à sa tâche et soutenir pendant longtemps des efforts. Le facteur nerveux joue un grand rôle pour maintenir normale la fonction cardiaque. Il faut donc éviter au malade tout ce qui peut agir fâcheusement sur le cœur par l'intermédiaire du système nerveux.

Le malade devra se garder de tout exercice violent, surtout s'il est un aortique. S'il survient une affection intercurrente, l'attention du médecin devra se porter particulièrement du côté du cœur, mais à l'insu autant que possible du malade, en raison de l'influence des émotions sur la fonction cardiaque.

Lorsque le cœur hypertrophié devient insuffisant, il faut assurer le repos de l'esprit et de la fonction cardiaque, régler l'alimentation, recourir aux toniques cardiaques pouvant agir soit sur le sang, sur le système nerveux ou le muscle. Plus tard on fait faire au malade des exercices gradués, par des bains, la gymnastique ou les promenades.

S'il existe des lésions extra-cardiaques capables d'aggraver les symptômes et de gêner le cœur, il faut y remédier. Dans un cas, chez une enfant de treize ans, une tumeur ganglionnaire, située à l'ouverture supérieure du thorax, gênait beaucoup la

respiration. On réséqua environ deux pouces des deuxième et troisième cartilages costaux, ce qui suffit à faire disparaître la dyspnée. Les adhérences du péricarde se trouvent d'autre part très bien d'une résection costale sans qu'il soit nécessaire d'ouvrir le péricarde, l'adhérence étant souvent pleuro-péricardique.

L. JUMON.

L'administration prolongée de digitale, par ACHERT (*Berl. klin. Wochenschrift*, 2 septembre 1907). — L'auteur recommande, pour mener à bien des traitements de ce genre, sans crainte d'effets cumulatifs, d'employer la digalène : c'est surtout dans les cas de myocardite, de myasthénie cardiaque chronique et de troubles cardiaques consécutifs à une néphrite chronique que l'on obtint des résultats.

L'auteur administre une dose de 7 à 14 gouttes de digalène une ou deux fois par jour : dans ces conditions, on peut continuer la médication sans jamais observer de troubles accessoires.

E. VOGT.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de la sinusite frontale chronique par le procédé de JACQUES (de Nancy) (*La Tribune médicale*, 7 septembre 1907). — Un grand nombre de procédés opératoires ont été imaginés pour combattre les accidents des sinusites, surtout des sinusites frontales. Parmi les procédés nouveaux imaginés pour laisser le moins de déformations, il faut citer celui de M. Jacques. L'opération comporte les temps suivants : Incision cutanée arquée, partant du tiers externe du sourcil rasé pour aboutir au bord libre de l'orifice piriforme, au niveau de l'union de l'os propre et de la branche montante du maxillaire. On rugine la lèvre inférieure de l'incision et on l'abaisse.

Trépanation du sinus frontal immédiatement au-dessous de la tête du sourcil. Après l'exploration au stylet de la cavité malade, on pratique la résection totale de son plancher avec une pince gouge de forme appropriée en respectant, si possible, la poulie du grand oblique.

L'expansion verticale du sinus est débarrassée du pus et des fongosités qu'elle renferme par un curetage minutieux.

Cette première partie de l'opération est terminée par un écouvillonnage des parois osseuses respectées au chlorure de zinc au 1/10, suivi de l'application d'un tampon provisoire.

La deuxième partie a pour but de supprimer le foyer d'infection accessoire que recèle constamment, dans les sinusites anciennes, la masse latérale de l'ethmoïde, en même temps que d'assurer un drainage large et permanent de la cavité frontale réduite à son expansion verticale. Elle comporte tout d'abord la résection de la branche montante jusqu'à l'orifice piriforme.

Par la brèche ouverte sur l'ethmoïde antérieur, on effectue rapidement, partie à la pince, partie à la curette, le morcellement du labyrinthe infecté en le poussant aussi loin qu'il est nécesaire. Il est indispensable d'enlever en tout cas la totalité de l'ethmoïde antérieur; éventuellement d'aborder les cellules postérieures et l'antre du sphénoïde. La cavité résultante est limitée en dehors par la lame papyracée, en haut par la lame criblée et le toit ethmoïdal d'une part, le sinus frontal d'autre part, en dedans par la cloison nasale.

On touche ensuite les nouvelles surfaces osseuses cruentées au chlorure de zinc et on applique une mèche iodoformée définitive tamponnant lâchement toutes les cavités annexes désinfectées et ressortant par la narine correspondante. Suture endermique de l'incision cutanée ou application d'agrafes de Michel. L'opération est assez simple et laisse moins de déformation que les autres procédés, avec de bons résultats.

L. JUMON.

Cas de lupus du larynx traité avec succès par l'application externe des rayons X, par LOGAN TURNER (*The Edinb. med. J.*, septembre 1907). — Il s'agit d'un enfant de treize ans, atteint d'enrouement, qui, à l'âge de sept ans, présente une lésion lupique du nez traitée avec des résultats très satisfaisants par les rayons X. La voix commença à être enrouée après une atteinte d'influenza. L'examen montra une infiltration de l'épiglotte avec formation de nodules. Les cordes vocales étaient épaissies, irrégulières, avec infiltration nodulaire plus ou moins limitée à la partie postérieure des cordes vocales.

Il n'y avait pas de lésions pulmonaires et, par ailleurs, la santé était excellente.

L'aspect des lésions était assez caractéristique pour affirmer leur nature lupique sans examen microscopique.

Le cas semblait particulièrement convenir pour un traitement radiothérapique; celui-ci fut poursuivi pendant douze mois avec une séance par semaine. Les rayons furent appliqués alternativement sur les deux côtés et la région médiane du cartilage thyroïde à travers la peau. Chaque application durait de cinq à dix minutes.

Au bout d'un an l'examen montrait un état local très satisfaisant. L'enrouement avait disparu, la voie était claire et forte. L'épiglotte était cicatrisée et la muqueuse présentait un aspect normal. La longue durée du traitement est le seul désavantage de la méthode.

L. Jumon.

Traitement de la tuberculose laryngée, par Jurasz (*Deutsche med. Wochenschrizft*, n° 27, 1907). — Comme traitement prophylactique, il faut recommander les inhalations alcalines et chlorurées sodiques, les expectorants, les inhalations à l'acide borique, le baume du Pérou, dans le but de désinfecter les crachats. Comme traitement local, on fera des insufflations d'acide borique, iodol, orthoforme, etc.; il est préférable d'éviter les astringents, l'acide lactique par exemple. Les grandes infiltrations de la paroi postérieure du larynx et du repli interaryténoïde sont curettées et on cautérise la plaie avec de l'acide lactique à 30, 80 p. 100; on peut aussi utiliser le galvanocautère. Les infiltrations des cartilages aryténoïdes seront scarifiées. L'action directe des rayons solaires, la stase de Bier (1/2 — 1 heure par séance), donneront de bons résultats, la méthode de Bier surtout en cas de douleurs.

La trachéotomie, pratiquée en cas de dyspnée, améliore parfois l'état local.

En cas d'inflammations périchondriques, on fera des incisions et on procédera à l'ablation s'il s'agit d'inflammations de l'épiglotte.

E. Vogt.

Traitement de la fièvre des foins, par Hurlimann (*Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte*, 1er août 1907). — L'auteur a réussi, dans deux cas graves ayant résisté à toutes les médications, à faire disparaître tous les symptômes par l'emploi de l'air chaud et sec. Il s'est servi d'un appareil portant six lampes électriques (lumière rouge), disposé d'une façon convenable : les malades aspiraient l'air chaud par le nez et l'expiraient par la bouche (25 à 30 aspirations par séance).

L'auteur ne sait pas si la lumière rouge a agi à cause de sa couleur et espère que des essais ultérieurs, faits par d'autres confrères, élucideront la question.

E. Vogt.

Le traitement chirurgical du goitre, par Martin B. Tinker (*The Amer. J. of. the med. sc.*, août 1907). — La lenteur de développement du goitre, la production seulement graduelle des symptômes alarmants font qu'on temporise le plus souvent par l'emploi de palliatifs souvent dangereux. L'auteur prend ici le terme de goitre dans son acception la plus large : goitre simple, tumeurs malignes et goitre exophtalmique, ce dernier occupant une place à part. Kocher et d'autres ont fait remarquer qu'il est impossible de dire si une tumeur de la thyroïde est maligne ou non, dans les premières périodes de la maladie, et s'il s'agit d'une tumeur maligne, le goitre n'est opérable que de très bonne heure. Les goitres malins sont de 20 p. 100 sur l'ensemble des goitres.

Le traitement chirurgical, malgré la mortalité qui peut être très abaissée, donne des résultats bien supérieurs à ceux du traitement médical. La guérison est très rapide après l'opération.

L'auteur a toujours recours à l'anesthésie locale, qui est suffisante. On évite surtout les fortes hémorragies, qui sont la règle quand on emploie l'anesthésie par l'éther, et l'anesthésie générale aggrave le danger opératoire.

L'incision doit être longue; l'auteur a recours à l'incision transversale de Kocher et suture la peau avec du crin de cheval très fin, afin d'éviter la cicatrice. Cette incision transversale permet d'éviter les branches nerveuses superficielles cervicales et sous-claviculaires. Les muscles qui prennent leurs insertions sur le larynx doivent être disséqués avec soin, divisés près de leurs insertions supérieures, afin de conserver leurs nerfs, puis on les suture après l'opération. L'artère thyroïdienne supérieure doit être liée la première, puis, après avoir libéré le

goitre de ses attaches, on lie l'artère thyroïdienne inférieure. Toutes les grosses veines doivent être isolées et liées après les artères.

La mortalité opératoire a beaucoup baissé dans ces dernières années. Elle est aujourd'hui inférieure à 3 p. 100 et Kocher l'a fait descendre à 0,4 p. 100 dans les cas simples.

La guérison permanente s'obtient dans les cas malins et dans le goitre exophtalmique. Cependant dans ce dernier, l'opération a donné des résultats très encourageants et doit être faite lorsque les traitements médicaux n'ont pas donné de résultats.

L. JUMON.

Maladies vénériennes. Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE,
Médecin des hôpitaux.

Sur les indications du régime végétarien dans quelques dermatoses (acné rosée, psoriasis, par LEREDDE (*Soc. méd. de l'Elysée*, 1er juillet 1907). L'orateur communique des observations démontrant que la couperose et l'acné rosée peuvent entrer en régression d'une façon remarquable et disparaître sous l'influence du régime végétarien ajouté aux traitements courants.

Dans la psoriasis, ce même régime peut, même à lui seul, amener la disparition de lésions graves et rebelles. Dans un cas, il suffit de trois semaines pour nettoyer la peau, traitée localement au moyen d'une pommade chrysophanique faible, appliquée auparavant sans succès.

L'orateur ne croit pas que l'usage du vin, sauf pris en excès, doive être interdit.

E. VOGT.

L'acide phénique dans les affections cutanées, par KROSSING (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, vol. 84, 1907). — L'auteur préconise l'emploi de la solution alcoolique concentrée dans le traitement de la furonculose, surtout si les pustules sont nombreuses et peu volumineuses. Il est préférable de ne pas s'en servir en cas d'acné du visage, car, sur cette partie du revêtement cutané, les applications réitérées d'acide phénique peuvent provoquer de la pigmentation.

Comme topique à appliquer dans l'intervalle des cautérisations phéniques, l'auteur conseille d'employer l'alcool à 50° contenant 1/2 p. 100 d'acide salicylique ou borique.

Les solutions phéniquées à 20-50 p. 100 seront utilisées dans les cas où la solution concentrée pourrait provoquer des phénomènes d'intoxication (sycosis par exemple).

E. VOGT.

Un cas de guérison de trichorrexis nodosa, par M. ANASTAY (*Marseille médical*, 1er septembre 1907). — La trichorrexis nodosa, affection de guérison difficile, donne à la barbe un aspect désagréable, semblable au poil brûlé.

Après des essais multipliés, l'auteur a été assez heureux pour trouver un remède assez radical pour la faire disparaître en quelques jours.

Et d'abord les pulvérisations de sublimé, les frictions avec une liqueur cantharidée, avec la teinture d'iode, l'eau oxygénée à 20 ou 30 p. 100, l'huile de croton, après dégraissage du poil, se sont montrées absolument inefficaces.

Après ces insuccès, l'auteur a pensé que le meilleur moyen d'atteindre l'intimité du poil était d'employer les teintures en usage pour la coloration des poils. Après deux ou trois applications d'eau oxygénée pure et non diluée, le poil a repris sa force et sa vigueur.

Le seul inconvénient de la méthode est une coloration claire, qu'on peut éviter en passant deux ou trois fois seulement, dans le sens du poil, une brosse à dents imbibée une seule fois de liquide. Si l'affection ne cède pas à la première application du liquide, on la répète une ou deux fois, à quelques jours d'intervalle et en appuyant un peu plus.

Pour éviter ces récidives il faut prendre d'autre part l'habitude de se laver constamment en passant le linge mouillé dans le sens du poil.

L. JUMON.

Pityriasis rosé de Gibert guéri par l'effluvation statique, par DOUMER et THIBAUT (*Ann. d'électrol. et de radiologie*, août 1907). — Observation d'un cas de pityriasis prurigineux, traité par l'effluvation sta-

tique (15 minutes par jour). Le prurit diminua rapidement et, au bout d'une semaine, les lésions pâlirent : Trois semaines après l'apparition de la plaque primitive, la surface cutanée ne laissait plus voir que de rares vestiges de l'éruption.

Il est vrai que cette affection évolue spontanément vers la guérison, mais celle-ci, surtout lorsqu'il y a prurit, ne s'obtient qu'au bout de deux mois et davantage. L'influence de l'électricité statique paraît en conséquence indéniable dans ce cas particulier.

E. Vogt.

A propos du traitement du lupus vulgaire, par Blaschko (*Rev. prat. des mal. cutanées*, juillet 1907). — Pour l'auteur, la photothérapie est la méthode la plus parfaite après l'excision, mais elle n'est pas la seule curative. L'acide pyrogallique agit non seulement d'une manière élective, mais encore sur des nodules lupiques invisibles auparavant : employé avec précaution, il ne détermine pas de chéloïdes cicatricielles et ne gêne par suite aucunement les applications photothérapiques éventuelles.

E. Vogt.

Traitement de la syphilis acquise par l'atoxyl, par G. Rouvière (*La Province médicale*, 13 août 1907). — L'auteur a suivi la technique indiquée par Hallopeau, en se servant du produit français, moins toxique. Les solutions à 20 p. 100 ont été stérilisées par tyndallisation et placées dans des ampoules fermées à la lampe. Les injections sous-cutanées au niveau de la face externe des cuisses et des deux endroits à la fois ont paru moins douloureuses que les injections intra-musculaires.

Pour la plupart, on a fait une série de dix injections : les deux premières contenant 75 centigrammes d'atoxyl à deux jours d'intervalle, les quatre autres de 50 centigrammes séparées par trois jours de repos. Les malades pendant ce temps n'ont pris ni mercure ni iodure.

De ses observations prises dans le service du professeur Audry (de Toulouse), l'auteur conclut que l'atoxyl à hautes doses a une action certaine évidente sur les accidents cutanés de la syphilis. Mais cette action n'a pas paru bien nette sur les déterminations gutturales et muqueuses. En aucun cas elle n'a paru supérieure à celle d'un bon traitement mercuriel, même momentanément. L'état général semble cependant un peu plus vite remonté. Le traitement doit être prudemment conduit en raison de la possibilité d'accidents toxiques.

Le professeur Audry est porté à croire que l'atoxyl exerce sur les manifestations cutanées de la syphilis une action particulière comparable à celle des autres arsénicaux, mais non une action réellement spécifique. L'auteur pense même publier quelques faits pour montrer que l'atoxyl, à doses normales, constitue un excellent médicament arsénical injectable, supérieur peut-être à tout autre de ce genre contre le psoriasis et d'autres dermatoses.

Il n'est pas probable que l'atoxyl remplace le mercure, mais il pourra peut-être rendre des services pour renforcer l'action du mercure ou même y suppléer jusqu'à un certain point.

L. Jumon.

Le bibromure de mercure dans le traitement de la syphilis. Les solutions chlorurées, par Dalimier (*Soc. méd. de l'Elysée*, 1er juillet 1907). — Depuis sa communication à la Société de thérapeutique (28 mai), l'auteur a continué ses essais avec des injections intramusculaires de :

Bromure mercurique, 1 gr. 80.

Bromure de sodium cristallisé à 2 H_2O, 1 gr. 40.

Eau distillée stérilisée, q. s. pour 100 cc.

On sait que c'est Paltazer de Kharkow qui a le premier préconisé le bromure mercurique, mais dans sa formule le chlorure de sodium prenait la place du bromure. Dalimier a voulu en conséquence essayer une formule analogue, dans le but d'introduire une quantité plus élevée de mercure dans la solution. Les expériences ont démontré que ces solutions étaient douloureuses.

L'auteur est donc revenu à la formule ci-dessus qui a le grand avantage d'être efficace, indolore et d'exercer des effets électifs sur les lésions nerveuses de la syphilis.

E. Vogt.

Maladies des voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les albuminuries tuberculeuses, par Ch. Fiessinger (*Journal des Praticiens*, 13 juil-

let 1907). — L'auteur étudie surtout la thérapeutique des albuminuries tuberculeuses.

Parmi les albuminuries tuberculeuses médicales, les néphrites tuberculeuses aiguës avec polyurie et hématurie et la néphrite chronique tuberculeuse s'établissant d'emblée ou consécutivement à la forme aiguë, sont justiciables du régime lacté.

Au contraire, lorsque l'albuminurie est produite seulement par l'élimination de bacilles sans lésions rénales accentuées (Jousset), lorsque les malades font de l'albuminurie intermittente prétuberculeuse ou de l'albumine au cours d'une tuberculose chronique, ils ne doivent pas être mis au régime lacté qui leur serait trop débilitant, on doit leur donner de la viande et ne pas leur faire boire de lait aux repas, il faut leur administrer des phosphates et de l'arsenic, les envoyer à la Bourboule, au Mont-Dore, à la montagne ou au bord de la mer, mais à une certaine distance de la plage. Les mêmes prescriptions seront faites aux malades suppurants ayant de l'albuminurie par dégénérescence amyloïde des reins.

La tuberculose chirurgicale du rein avec albuminurie n'est pas justiciable non plus du régime lacté : il faut au contraire donner une alimentation reconstituante et la guérison n'est pas impossible. Si le chirurgien le juge à propos, il pourra enlever le rein si la lésion est unilatérale, et s'il n'y a ni tuberculose pulmonaire, ni tuberculose génito-urinaire concomitantes.

M. Deschamps.

La colique spermatique, par F. Monod (*Journal de méd. et de chir. de Montréal*, 13 avril 1907). — Cette affection peut présenter trois degrés : on l'observe surtout chez les gens qui s'abstiennent de tout coït. Dans un premier degré les malades ont des mictions fréquentes et impérieuses, les vésicules séminales sont grosses, en état de réplétion, elles provoquent l'irritation de la vessie, leur massage fait sourdre au méat du sperme pur, les pertes séminales font cesser les troubles de la miction. Dans un second degré les mictions sont fréquentes et douloureuses, le sperme contient du pus et quelquefois du sang, les pertes séminales n'apportent pas de soulagement à la miction, il y a inflammation chronique des vésicules. Dans un troisième degré l'éjaculation provoque une douleur violente allant de l'anus au périnée, les mictions sont fréquentes, douloureuses et impérieuses, l'érection est également douloureuse, le sperme est souvent teinté de sang, l'hémorragie est parfois si abondante qu'il peut se produire comme une véritable urétrorragie ; au toucher, les vésicules sont grosses et douloureuses.

Les causes les plus communes de la réplétion des vésicules c'est la continence coïncidant avec des excitations génésiques répétées, et l'inflammation blennorragique propagée aux vésicules séminales. La réplétion et l'injection irritent les parois des canaux éjaculateurs qui s'épaississent, d'où obturation et rétention spermatique, et même formation de calculs.

Au début, les mictions sont simplement fréquentes et impérieuses, le massage des vésicules fait sourdre au méat du sperme pur, puis peu à peu les mictions, les éjaculations et même les défécations sont douloureuses, le sperme est mêlé de pus et de sang, et à la fin les pollutions n'amènent même plus aucun soulagement, le malade se plaint de douleurs entre l'anus et le périnée qui le gênent surtout dans la station assise. L'oblitération des canaux éjaculateurs amène peu à peu l'aspermatisme, même si un seul de ces canaux est oblitéré.

Le diagnostic se fera aisément avec la cystite et le calcul vésical, par le toucher rectal qui renseignera sur l'état des vésicules.

Le traitement consistera au début à régulariser autant que possible la vie génitale pour empêcher l'affection de s'aggraver et de se compliquer de neurasthénie, comme cela arrive ordinairement. Plus tard il faudra recourir au massage de la prostate et des vésicules, avec ou sans cathéter, en y combinant les lavements chauds et les suppositoires opiacés.

M. Deschamps.

Les ulcérations hémorragiques de la vessie, par Albarran (*Cliniques de l'hôpital Necker*, 1907). — Il existe des ulcérations de la vessie absolument analogues à l'ulcère d'estomac, leur dimension est généralement minime, si minime quelquefois qu'il faut les chercher avec soin pour les trouver et qu'on est tout étonné de l'abondance de l'hémorragie qu'elles peuvent provoquer : il est vrai de dire que c'est parfois la muqueuse voisine qui saigne. Comme dans les cystites chroniques, cette muqueuse montre d'ail-

leurs à l'examen microscopique des amas de tissu embryonnaire avec dilatations vasculaires.

En dehors des cas où les ulcérations sont de nature tuberculeuses, elles consistent dans des lésions de nécrose avec tissus embryonnaires provoquées par des intoxications externes (sublimé, alcoolisme), des intoxications internes (brûlures, athrepsie des nouveaux-nés, urémie), des toxi-infections (fièvre typhoïde, grippe, pyohémie), des troubles trophiques (maladies médullaires et encéphaliques, syringomyélie), des lésions locales (hypertrophie prostatique, traumatisme).

Le traitement consiste à combattre l'affection causale, à administrer des hémostatiques (chlorure de calcium), et à cautériser au besoin localement les ulcérations, ou à les exciser avec suture de la surface cruentée.

M. Deschamps.

Le faux prostatisme d'origine alcoolique, par Rochet (*Lyon médical*, 2 juin 1907, n° 22). — L'alcoolisme peut provoquer des troubles urinaires analogues à ceux de l'hypertrophie prostatique, en sclérosant le muscle vésical comme il sclérose le muscle gastrique.

Il y a d'abord dysurie, le malade est obligé de pousser pour uriner, le jet s'écoule en bavant, il est long à venir, long à finir, puis la rétention partielle ou complète vient à s'établir. Cette dysurie provoque, de concert avec l'intoxication, de la sclérose rénale qui peut finir par emporter le malade à la longue.

Le traitement consiste à évacuer la vessie, à faciliter cette évacuation en faisant de la dilatation de l'urètre avec les gros béniqués, à réveiller la contractilité de la vessie par des lavages au nitrate d'argent à 1 p. 500; ces lavages à titre élevé maintiendront dans la suite le bénéfice apporté par la dilatation. La prostatectomie ne donne aucun résultat, ces malades étant des vésicaux et non des prostatiques.

M. Deschamps.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN,
Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de la chorée infantile, par Hubert Richardson (*Merck's Archives*, août 1907). — On ne peut douter de la nature rhumatismale d'un très grand nombre de chorées. Il ne s'agit pas d'une complication du rhumatisme, mais d'une conséquence directe du rhumatisme. Aussi, dans la majorité des cas, le traitement doit être dirigé contre le rhumatisme et être constitué par les alcalins, les salicylates avec de petites doses d'iodure de potassium. L'aspirine a été recommandée par Williamson dans des cas graves à dose de 0,60 à 1 gramme.

L'arsenic est un vieux médicament, que l'on donne à doses croissantes sous forme de liqueur de Fowler ou d'acide arsénieux. L'auteur croit que les petites doses, données six à huit fois par jour, sont beaucoup plus efficaces que de hautes doses. Elles ont une action préventive sur l'endocardite et agissent sur l'incoordination motrice. Oppenheim emploie le fer et l'arsenic dans toutes les formes de chorée. Comby donne de l'antipyrine et de l'arsenic, avec le régime lacté absolu. Pope considère l'arsenic comme contre-indiqué dans les cas graves, surtout dans les complications d'endocardite.

La quinine, associée à l'antipyrine, a été recommandée par plusieurs auteurs, ainsi que le salophène. Lorsque les mouvements choréiques sont très intenses, la valériane, l'oxyde de zinc, l'asa fœtida, les bromures peuvent être employés avec un certain avantage, mais parfois aussi on est obligé de recourir aux hypnotiques et à l'opium.

On a obtenu de bons résultats des différents procédés hydrothérapiques, notamment des enveloppements mouillés chauds, les bains chauds, associés au massage général, avec mouvements passifs.

Bien qu'on ait rapporté des résultats favorables par l'électrothérapie, on regarde généralement ce traitement comme contre-indiqué. La ponction lombaire ne doit être essayée que dans les cas graves.

Le traitement de la chorée chez les enfants est en résumé surtout antirhumatismal, on lui adjoint le fer et l'arsenic avec des soins hygiéniques visant particulièrement les fonctions digestives.

Quant au traitement des tics, il est très différent chez les enfants dont le développement est arrêté, le tic est parfois l'expression d'une tétanie, on a recours alors au traitement thyroïdien, à l'arsenic et au mercure, et surtout au traitement diététique. La teinture de cimicifuga a donné aussi de bons résultats.

L. Jumon.

Traitement des diarrhées du premier âge par les solutions de gélatine, par M. Péhu (*Archives de med. des enfants*, sept. 1907). — Les solutions de gélatine peuvent constituer un agent thérapeutique de premier ordre dans les diarrhées infantiles; mais, pour pouvoir appliquer ce traitement, il faut observer minutieusement certaines précautions.

L'auteur a adopté le mode suivant : on formule une solution au dixième de gélatine (variété jaune ou blanche) dans l'eau bouillie, et on stérilise à 120° à l'autoclave. Puis, après filtration soigneuse, on répartit le contenu dans des tubes à essais chimiques, bouchés par de la ouate stérilisée ou dans des flacons hermétiquement fermés, par conséquent transportables au loin sans danger de contamination. Des flacons ainsi préparés ont pu être transportés dans les pays chauds et ne présenter aucune altération au bout d'une année.

Pour utiliser ces préparations, on les chauffe au bain-marie, puis on les verse dans le biberon après leur liquéfaction complète. La gélatine doit être employée à doses élevées, de 10, 25 et même 30 grammes; il faut au moins une dizaine de grammes par vingt-quatre heures pour obtenir un effet utile. Etant insipide et inodore, son administration est très facile. Son seul inconvénient est qu'elle ne peut être donnée en même temps que les solutions glacées ou refroidies à une température basse.

L'auteur a administré la gélatine dans les diarrhées d'été, les gastro-entérites dues à une mauvaise alimentation, les dyspepsies gastriques simples, les entéro-colites dysentériformes avec glaires sanguinolentes.

En peu de temps les selles diminuent de fréquence. Leur aspect se modifie, la teinte verdâtre disparaît, la mauvaise odeur s'atténue, la réaction, d'abord acide, redevient alcaline. En même temps les phénomènes généraux s'amendent. L'amélioration est parfois temporaire, mais il suffit, après interruption, de donner d'autres tubes gélatinés. L'emploi de la gélatine permet chez les débiles, les athrepsiques, de passer du lait d'ânesse au lait de vache. Dans l'entérite dysentériforme on peut incorporer aux lavements des solutions de gélatine.

Le traitement est par contre impuissant quand il s'agit d'infections digestives véritables, avec dégénérescences parenchymateuses. Mais, même dans des cas en apparence désespérés, il peut encore être efficace et peut soutenir facilement la comparaison avec d'autres médicaments, tels que le bismuth, l'acide lactique, le tannin, etc.

L. Jumon.

Les résultats récents du traitement chirurgical dans les sarcomes du rein chez les enfants, par Monserrat (*Edinb. med. J.*, juillet 1907). — L'auteur a fait l'ablation du rein pour un sarcome dans deux cas, chez un enfant de trois ans, qui succomba six mois après l'opération, qui fut suivie du rétablissement apparent de la santé et chez un enfant de cinq ans qui, depuis huit mois, est resté en bonne santé. Dans ce dernier cas la tumeur pesait 970 grammes. Ces tumeurs produisent peu de troubles, de sorte que le chirurgien ne les observe que lorsqu'elles ont en général atteint un volume considérable. C'est le volume de l'abdomen qui pousse les parents à demander une consultation. L'hématurie est rare.

La mortalité opératoire a été de 36,4 p. 100 pour Walker, 28 pour Lewi, 30 pour Albarran, 17 pour Heresco. Elle est donc en moyenne de 25 à 30 p. 100. Elle s'est abaissée d'un quart dans ces dernières années.

Le nombre des cas de guérisons complètes est peu élevé. En général la tumeur récidive rapidement après l'opération et le sujet succombe en quelques mois. Néanmoins il y a des exceptions et le cas de Abbe ne récidiva qu'au bout de quatre ans et demi.

L'opération ne doit pas être faite s'il y a des signes de métastase ou de cachexie prononcée. Le volume n'est pas une contre-indication. L'âge précoce est plutôt une raison en faveur de l'opération, car de jeunes enfants la supportent très bien et le pronostic post-opératoire est d'autant plus favorable que l'enfant est plus jeune.

En ce qui concerne l'opération, l'ouverture de la cavité abdominale est nécessaire lorsque la tumeur est volumineuse et il vaut mieux l'ouvrir si l'opération doit être plus facile.

L. Jumon.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL,

Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité.

Sur le traitement de la grossesse ectopique, par DODERLEIN (*Münch. med. Woch.*, 20 août 1907). — Le traitement de la grossesse tubaire nous offre deux directions différentes, en premier lieu une thérapeutique symptomatique, expectante, ensuite un traitement opératoire. D'après 135 cas dernièrement observés, l'auteur est arrivé à cette conviction qu'il est inexact de croire que le traitement expectant est moins dangereux que le traitement opératoire. Sur 24 cas ainsi traités, il y a eu 2 cas de mort, ce qui donne une mortalité de 8 p. 100 chez des femmes qui, malgré une expectation dirigée suivant toutes les règles, ont eu cependant des hémorragies intrapéritonéales graves et subites, de sorte que l'opération pratiquée immédiatement ne peut sauver les malades d'une mort par hémorragie. Par contre, sur 111 cas traités par l'opération, 4 femmes seulement sont mortes, de sorte que l'opération faite en temps voulu est moins dangereuse que la simple expectation. Mais on ne peut douter, en cas d'absence d'hémorragies graves, de la possibilité de la guérison spontanée du processus. Toutefois, les malades sont incapables de travailler pendant plusieurs mois et restent dans les premiers temps sous la menace d'une hémorragie mortelle.

L. JUMON.

Traitement des hémorragies du post-partum par les lavements d'eau ordinaire, par CAMESCASSE (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 25 juillet 1907). — L'auteur recommande, spécialement aux médecins exerçant à la campagne, ce moyen très simple de suppléer à l'absence des instruments nécessaires à l'injection de sérum artificiel. Il est inutile d'ajouter du sel au lavement, et il n'est pas indispensable que l'eau soit bouillie.

On répétera le lavement d'heure en heure (500 gr.), selon les besoins.

E. VOGT.

Suture tardive des déchirures récentes du périnée, par M. A. TCHERNOD (*Rousski Vratch*, 14 avril 1907). — Pour réagir contre la tendance qui voudrait aujourd'hui que la suture du périnée fût faite dans les douze premières heures qui suivent la délivrance, l'auteur tenant compte de l'opinion contraire de beaucoup d'accoucheurs de son pays, a entrepris par voie expérimentale de fixer le moment le plus favorable à la suture. De ses études (70 périnéorrhaphies) il résulte que la suture immédiate échoue dans 6,3 p. 100 des cas et donne une cicatrisation partielle dans 11,7 p. 100 des cas. Dans la périnéorrhaphie tardive, c'est-à-dire du deuxième au septième jour, la proportion des insuccès n'atteint pas 1 p. 100; la réunion partielle n'est que de 2,14 p. 100.

Pour prendre parti, on aura donc à distinguer : les déchirures offrant dès le début les caractères d'une plaie nette par arme tranchante. Ici, suture immédiate. Si des ecchymoses sont formées, que la contusion soit étendue, il serait imprudent de ne pas attendre le troisième jour. Ce sera donc à partir du deuxième jour que l'on pourra délimiter les tissus sains sur lesquels doit porter la suture; mais on tiendra compte de ce fait que les lochies constituent le principal obstacle à une bonne réunion et il y aura souvent avantage à n'opérer que du cinquième au septième jour, dit l'auteur.

A. BENOÎT.

Le drainage en gynécologie, par R. de BOVIS (de Reims) (*Sem. méd.*, 21 août 1907). — On sait combien il est difficile de s'entendre sur l'opportunité du drainage, tant abdominal que vaginal. Le premier surtout prête à la controverse ; n'est-il pas une cause fréquente d'éventration consécutive ? Il faudrait donc qu'il fût bien démontré qu'il répond à une *indication vitale* pour qu'on l'adopte en règle. M. R. de Bovis, jetant un coup d'œil sur les interventions abdominales pour causes diverses effectuées de nos jours, avec la technique perfectionnée dont nous jouissons, fait observer que la contamination étendue de la grande cavité péritonéale par un pus très virulent est un fait devenu rare, puisque la protection péritonéale est le principal souci des aides exercés qui assistent le chirurgien. Une souillure de peu d'étendue se traduira donc pas un abcès local, enfermé dans des adhérences, le plus souvent localisé. Sans doute, mieux vaut éviter pareil désagrément. Mais le drainage, soit par la gaze, soit par

les tubes, remplit-il bien le but qu'on en attend ? On accuse l'intestin et les tissus péritonéaux de venir boucher les trous et les extrémités des tubes, de sorte que l'appel du drain ne dépasse pas les limites de la cavité dans laquelle il est inséré. Les accumulations de gaze antiseptique, à la mode de Mikulicz, constituent, si cela est vrai, de nouveaux obstacles à la sortie du pus.

Partant de là, on a vu M. Œshausen (*Soc. de gynécologie* de Berlin, 1903) proscrire l'emploi du drainage qu'il accusait de tous les méfaits. Comment résoudre un pareil problème ? L'étude des statistiques ne nous apprend rien, la plupart des cas confrontés n'étant pas comparables. On doit obéir surtout à des considérations cliniques pour sortir d'embarras. L'infidélité des examens microscopiques est cliniquement établie, même quand on a l'avantage d'avoir un bactériologue avec soi. S'agit-il de suppurations abdomino-pelviennes graves, de pyo-salpinx qui crève, il est de bonne pratique de drainer. En toute autre circonstance, le drainage serait superflu. Pour éviter les adhérences trop fréquentes aux drains l'auteur se rangerait à la pratique de M. Routier, qui emploie les tubes enveloppés de gaze. Ainsi peut être utilisée la *capillarité* des mèches, unie à la *perméabilité* des tubes.

Enfin, on s'abstiendra de drainer par le ventre, chaque fois qu'on trouvera à créer par le vagin un écoulement facile.

Le *drainage vaginal* conserve en effet beaucoup de partisans convaincus, soit qu'on l'établisse par l'abdomen, soit qu'il soit employé à la suite des interventions basses. Ce mode de drainage a l'avantage de s'exercer au *point déclive*. Les statistiques, en ce qui le concerne, sont éloquentes et l'on peut dire que tous les chirurgiens l'admettent. Il évite surtout, sinon les accidents véritablement graves, du moins les abcès, hémorragies secondaires, hématomes suppurés qui *allongent indéfiniment les convalescences*.

Si l'on objecte qu'il expose à l'infection directe, à cause de la septicité du conduit, il est facile de répondre par un démenti que la clinique inflige à ces idées théoriques, et de faire observer que les opérations sur le col de l'utérus et le vagin sont celles qui sont suivies de la guérison la plus rapide.

A. Benoit.

Sur la colpo-hystérectomie vagino-abdominale, par les Drs L. Imbert et F. Piéri (*Marseille médical*, 1er septembre 1907). — Depuis la publication, en novembre 1905, d'une observation de colpo-hystérectomie vagino-abdominale chez une malade qui présentait un épithélioma du col avec une large greffe vaginale, les auteurs ont eu recours trois fois au nouveau procédé avec plein succès.

L'intervention comporte :

1° Un temps vaginal : incision de la muqueuse vaginale au voisinage de l'orifice vulvaire et dissection poussée jusqu'à 3 ou 4 centimètres environ. Suture en bourse obstruant le cylindre disséqué et supprimant, de ce fait, toute chance de contamination pendant le temps abdominal; la vulve elle-même est oblitérée, de sorte qu'après ablation de l'utérus, les surfaces cruentées sont à l'abri du contact extérieur.

2° Un temps abdominal : il commence par la section des ligaments larges; puis ligature des deux hypogastriques, dissection des lambeaux péritonéaux en arrière et en avant. En arrière, ce décollement est poussé assez facilement jusqu'au niveau de l'anus. En avant, le décollement doit être effectué aussi largement que possible, de façon à récliner en haut et en dehors les deux urétères.

On sectionne alors les pédicules vaginaux sur les bords latéraux du vagin. On libère les adhérences celluleuses d'un coup de doigt coiffé d'une compresse et on extirpe tout le tractus utéro-vaginal. De cette façon on évite la possibilité d'une greffe ou d'une infection venant du foyer morbide.

On refait enfin le plancher pelvien.

L. Jumon.

De l'intervention dans les volumineux fibromes du ligament large, par P. Bégouin (*J. de médecine de Bordeaux*, 8 septembre 1907). — L'opération est particulièrement indiquée dans les cas de fibromes inclus dans les ligaments larges pour faire cesser les troubles multiples de compression dus à ces tumeurs. Mais elle présente d'ordinaire de grandes difficultés techniques et comporte une mortalité élevée, surtout pour les fibromes que l'auteur appelle chirurgicalement inclus. Les tumeurs réellement incluses au point de vue chirurgical sont caractérisées par leur fixité dans le petit bassin par la compression et le déplacement qu'elles impriment aux organes voisins : utérus, vessie, uretères, intestins, vaisseaux

et nerfs, enfin par les adhérences qu'elles contractent parfois avec ces organes.

Si les fibromes sont petits ou moyens, l'intervention n'est pas très difficile. Il faudra reconnaître l'inclusion à temps, avant toute tentative d'extraction, et alors recourir à l'énucléation. On incise le ligament large parallèlement à la trompe dans une étendue suffisante pour donner issue à la tumeur, on énuclée celle-ci en pinçant au fur et à mesure les vaisseaux qui saignent. On isolera prudemment l'uretère. Après hémostase soignée, la poche laissée vide par l'ablation du fibrome est refermée par capitonnage ou bien marsupialisée à la partie inférieure de la plaie abdominale. La mortalité ne semble pas supérieure à celle de l'hystérectomie abdominale pour fibrome.

Le traitement est beaucoup plus compliqué et plus grave dans ses conséquences si le fibrome intra-ligamentaire est volumineux. C'est un cas de cette catégorie que relate l'auteur, le fibrome pesait 5.520 grammes. La malade mourut d'infection.

L'auteur insiste ici sur deux précautions préopératoires spéciales à prendre dans le cas de diagnostic même simplement probable d'inclusion de la tumeur : faire une désinfection vaginale particulièrement soignée et faire introduire un cathéter métallique dans la vessie juste avant l'opération, afin de ne pas interrompre celle-ci et obliger à des déplacements capables d'infecter le champ opératoire. Quant à l'opération elle-même, elle devient spéciale dès l'incision de la laparotomie médiane. Il faut inciser haut, franchement au-dessus de la tumeur ; on prolonge ensuite l'ouverture de la séreuse vers le bas sous le contrôle de la vue. Si la tumeur est réellement incluse, on fera une incision transversale ou en ellipse, sur le feuillet du ligament large. On songera à faire isoler la vessie et l'uretère qui, très haut situé, est exposé à être blessé. Si la tumeur est adhérente à l'utérus, elle est difficilement énucléable et il faudra faire d'emblée une hystérectomie complémentaire. Cette opération permet de faire un drainage déclive par le vagin, il est bon en outre de faire un second drainage par la partie inférieure de la plaie abdominale, surtout si la vessie a été lésée et dans les cas de décollements étendus.

L. JUMON.

Résultats curatifs inespérés dans trois cas de carcinome utérin inopérable, par WAINDLER (*Zentrbl. f. Gynäckologie*, n° 22, 1907.) L'auteur donne la description de trois cas dans lesquels une opération radicale était impossible et qui furent traités par le curettage, la cautérisation ignée et l'application régulière consécutive d'acide phénique concentré. Il n'y eut aucune récidive.

E. VOGT.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT,

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Opinions modernes concernant les effets de l'hydrothérapie, par LAQUEUR (*Berl. klin. Wochenschrift*, 26 août 1907). — Alors qu'autrefois on s'efforçait d'établir un antagonisme entre les effets de l'eau froide et ceux de l'eau chaude, on a reconnu, surtout depuis que les études concernant les pratiques hydrothérapiques japonaises se sont multipliées, que les bains chauds produisent, dans certaines conditions, des effets rafraîchissants et excitants : des bains de 42° de quelques secondes de durée exercent un effet stimulant sur le cœur, combattent l'asthénie ; l'ergographe démontre même que ces effets sont plus marqués que lorsqu'on a recours à l'eau froide. La durée du bain (2 minutes au maximum), semble jouer dans ce phénomène le rôle principal.

Dans la chlorose, les bains chauds, en modifiant la circulation, facilitent l'assimilation des martiaux.

Entre 34° et 37°, le bain ne provoque guère de réactions ; mais, lorsqu'il s'agit d'eaux thermales, les émanations du radium, que l'on retrouve dans la plupart d'entre elles, expliquent les effets curatifs dans les cas de rhumatisme, de goutte ou de névralgies.

E. VOGT.

Influence de la couleur et de la lumière dans les salles de bains, par LAUSSEDAT (*Gazette des eaux*, 8 août 1907). — L'auteur constate que les cures balnéaires par beau temps fixe donnent des résultats plus utiles que celles effectuées par temps variable : le système nerveux des malades est mis à l'abri des secousses que provoquent les variations météorologiques. En outre, la lumino-

sité des cabines de bains carbo-gazeux joue un rôle considérable dans les effets produits.

Il y a donc lieu, dans la construction de cabines de bains, de tenir compte des effets excitants de la lumière et des effets calmants de l'obscurité plus ou moins complète.

L'auteur fait en conséquence prendre les bains dans des cabines exposées au midi, avec carrelage blanc, quand il cherche une action stimulante et un relèvement de la pression artérielle; inversement, les malades à hypertension et ceux dont le système nerveux est excité seront placés dans des cabines sombres.

E. Vogt.

Action exercée sur l'homme par l'émanation du radium, par Lœwenthal (*Berl. klin. Wochenschrift*, 2 septembre 1907). — L'auteur a constaté que les eaux radio-actives provoquent, dans le rhumatisme chronique, une réaction marquée se traduisant au début par une généralisation des phénomènes douloureux et une augmentation de leur intensité : si l'on continue le traitement, ces troubles s'atténuent et l'on obtient bientôt des résultats curatifs remarquables. Des expériences de contrôle, faites à l'insu des malades, ont montré que lorsqu'on remplace, en cours de traitement, le liquide radio-actif par de l'eau commune, l'affection reprend la marche qu'elle présentait avant le traitement. Si l'on reprend celui-ci, les douleurs augmentent de nouveau.

L'amélioration se manifeste en général vers la troisième semaine de traitement.

L'arthrite déformante paraît réfractaire : on n'observe aucune réaction, et cette particularité permettrait d'asseoir le diagnostic dans certains cas d'interprétation difficile.

Alors que les névralgies des neurasthéniques résistent à la médication, les névrites chroniques sont nettement influencées.

E. Vogt.

La caféine, ses origines et ses indications, par M. French (*Merck's Archives*, juillet 1907). — Dans une revue sur la caféine, l'auteur admet cinq principales indications de ce médicament : pour stimuler le cerveau, pour stimuler le cœur, pour exciter les centres nerveux vasomoteurs, les centres respiratoires, enfin les reins.

Felter et Lloyd établissent que les principaux usages de la caféine sont de stimuler le cœur et l'appareil respiratoire, et donnent comme principales applications l'hydropisie d'origine cardiaque, la narcose par l'opium, la paralysie cardiaque, l'insuffisance cardiaque due à la dilatation du cœur, la fièvre typhoïde, la pneumonie et la grippe, puis le coma urémique, la congestion pulmonaire, la pneumonie des vieillards, la migraine surtout de caractère hyperémique avec bouffées de chaleur et rougeur de la face. Les cas de simple névralgie avec anémie cérébrale sont plutôt aggravés par la caféine.

Pour Tiegel, la caféine partage avec la digitale un pouvoir régulateur sur le cœur. A doses convenables, elle augmente l'énergie du cœur et ralentit son action, en augmentant la pression artérielle. Elle provoque rapidement une diurèse notable. Les indications sont les mêmes que celles de la digitale. Le meilleur mode d'administration consiste à donner de petites doses souvent répétées. La caféine est parfois supérieure à la digitale par suite de son action plus rapide et de son absence d'accumulation. On peut encore la prescrire dans le cas où la digitale est inactive.

L'emploi simultané des narcotiques tels que la morphine n'est pas à recommander. En général la caféine est bien tolérée, souvent mieux que la digitale.

Cushny de son côté déclare que l'action de la caféine et celle de la digitale sur le cœur sont tout à fait dissemblables. Tandis que dans le cas de faiblesse cardiaque sans dilatation marquée ou insuffisance des valvules la caféine peut être utile, en augmentant l'action des ventricules, sa valeur dans les affections cardiaques tient surtout à la disparition de l'hydropisie par suite de son action diurétique. En résumé, la valeur de la caféine réside en général dans son action rapidement diurétique et, d'autre part, les effets caractéristiques de la caféine sont des exemples de pure stimulation; une fois celle-ci effectuée, l'effet de la caféine cesse d'être thérapeutique, pour devenir physiologique ou toxique.

A remarquer encore que les différents sels produisent jusqu'à un certain point des effets différents. L'arséniate est préférable dans les fièvres, lorsque l'arsenic est indiqué. Le benzoate est le sel indiqué quand il y a en même temps des signes d'irritation de la vessie. On doit toujours éviter le

citrate. Enfin le valérianate se donne dans les cas de dépression nerveuse.

L. Jumon.

Le chlorure de calcium en thérapeutique, par J. Carles (*Journal de médecine de Bordeaux*, 28 juillet 1907). — Le chlorure de calcium, en raison des services qu'il est susceptible de rendre, est appelé à devenir un des médicaments les plus couramment utilisés.

La première application du chlorure de calcium fut faite dans les hémorragies d'après des données nouvelles de la physiologie et, depuis, on a reconnu la valeur du médicament dans le traitement des épistaxis rebelles, les hémoptysies répétées, le purpura, les pertes hémorroïdaires, certaines hémorragies, l'hémophilie.

Par son action favorisante dans la production du fibrin-ferment, le médicament exerce une action favorable dans les engelures, l'urticaire et les œdèmes aigus. L'urticaire qui succède à une intoxication alimentaire, à une injection de sérum, relève aussi du traitement par le chlorure de calcium.

Par son pouvoir anti-hémolysant, le médicament est particulièrement indiqué dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Dans le mal de Bright, il peut amener une diminution notable de l'albuminurie. Cette diminution est due à l'action anti-hémolysante du sel, à son rôle antitoxique et à son antagonisme à l'égard de l'ion sodium, dont une trop forte quantité aggrave les lésions rénales. De petites doses de chlorure de calcium agissent comme diurétique, et c'est ainsi que peut s'expliquer l'action favorable, chez les brightiques, de certaines eaux minérales riches en sels de chaux, comme celles de Saint-Nectaire.

Le chlorure de calcium a une action modératrice sur le système nerveux, et à ce titre il trouve son indication dans la tétanie, les spasmes de la glotte, la laryngite striduleuse et les convulsions.

Comme tonique cardiaque, il augmente l'énergie des battements du cœur et relève la pression artérielle. Chez les pneumoniques, outre son action cardiaque, il agit par une action neutralisante à l'égard de la pneumotoxine et vis-à-vis des sels de sodium accumulés dans l'organisme au cours de la pneumonie.

Le médicament se prend facilement aux doses de 1 à 4 grammes par jour dans du lait, de la bière, avec du sirop de menthe ou du curaçao pour en masquer le goût désagréable. On interrompt la médication un jour sur quatre et on la suspend tous les huit ou dix jours. Il ne faut pas, en effet, dépasser la dose optima sous peine d'obtenir des effets opposés à ceux qu'on recherche. Il faut éviter également la médication chez les sujets âgés chez lesquels elle produirait un encombrement calcique par rétention. Il ne faut pas oublier ici que les sels de chaux se fixent surtout sur les vaisseaux.

L. Jumon.

Le bleu de méthylène, par Nagelschmidt (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, vol. 84, 1907). — L'auteur a utilisé ce médicament dans une série de cas d'ulcérations et de plaies suppurantes; les applications font tarir les sécrétions, mais il ne se forme pas de granulations.

L'application d'une solution de bleu à 25 p. 100 (solution pâteuse), constitue le traitement de choix du chancre mou, à condition d'appliquer le topique dans toutes les anfractuosités de la plaie. La plaie se déterge avec une grande rapidité et les phénomènes subjectifs disparaissent presque instantanément et d'une façon durable. Vers les cinquième et neuvième jour, la virulence a disparu : il faut alors exciter la formation de granulations en remplaçant le bleu par une pommade à base d'argent et de baume du Pérou. Les plaies buboniques seront traitées de même.

Le traitement, qui a l'inconvénient de tacher les doigts et le linge, n'a jamais provoqué de dysurie.

E. Vogt.

Composition de la tomate, par M. J.-M. Albahary (*Comptes rendus Acad. Sciences*, 8 juillet 1907). — La valeur alimentaire et les indications diététiques de la tomate ou *Lycopersicum esculentum* sont actuellement discutées. M. Albahary a fait l'analyse chimique de ce fruit et il a obtenu, par rapport à 100, les chiffres suivants :

Eau	93,5
Matières azotées	0,95
Matières non azotées	0,50
Graisse	0,20
Hydrates de carbone	3,60
Matières organiques insolubles	1,69

Matières inorganiques insolubles.	0,11
Cendres totales	0,74
(dont 0,12 de phosphate de chaux).	

Les *acides libres* sont, pour 100 parties de fruits frais :

Acide malique.....	0,48
Acide citrique.....	0,69
Acide oxalique.....	0,001
Acides tartrique et succinique.	Traces.

La tomate renferme, de plus, des traces *d'acides combinés* à des bases, sous forme de sels insolubles dans l'alcool et dans l'eau, et une certaine quantité de *fer*. Une partie de ce métal y existe sous une forme soluble, en combinaison organique. L'auteur a fixé cette combinaison, et il part de ce fait pour conseiller, contrairement à l'opinion d'un grand nombre de praticiens, l'usage de la tomate dans l'alimentation des sujets souffrant d'arthritisme, de goutte ou de lithiase.

PIERRE SÉE.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Les règles de construction et de réparation des hôpitaux militaires. — Le sous-secrétaire d'Etat à la guerre vient d'adresser aux généraux commandants de corps d'armée une circulaire fixant les principes à observer dans la construction ou la restauration des hôpitaux militaires. Dans cette circulaire, le sous-secrétaire d'Etat rappelle que « tout ce qui touche à la santé du soldat intéresse directement l'avenir de la nation, qu'une importance toute spéciale s'attache donc à l'observation stricte des règles formulées ».

Le programme qui fait suite à la circulaire s'applique au cas d'un hôpital régional de 300 lits. Il pose successivement les règles relatives à l'emplacement à choisir, à la surface à occuper, à la répartition et à l'aménagement des pavillons, aux dispositions à prendre à l'intérieur de ceux-ci pour l'imperméabilité du sol et des parois, la disposition des fenêtres, le mobilier, etc.

Les salles communes ne renfermeront pas plus de six lits.

C'est une disposition, dit le sous-secrétaire d'Etat dans sa circulaire, à laquelle j'attache la plus grande importance. D'une part, les malades séparés en petits groupes jouissent d'une tranquillité qu'ils n'ont pas quand ils sont réunis en grand nombre. De plus, la désinfection de ces petites salles peut être pratiquée sans désorganiser tout un service. Chaque pavillon, même quand il n'est pas destiné à des contagieux, sera doté de chambres individuelles permettant d'isoler les malades graves, les agités, les moribonds.

La circulaire règle tout ce qui est relatif soit au service médical, soit au service chirurgical. Pour ce dernier, on aura toujours soin de prévoir une salle d'opérations pour les septiques et une salle pour les aseptiques. Les contagieux seront isolés.

Un pavillon sera édifié pour le logement du médecin en chef, qui devra habiter l'hôpital pour pouvoir surveiller constamment tous les services.

L'hôpital sera relié par téléphone à la place et aux divers casernements de la garnison.

Ces dispositions, applicables aux hôpitaux à construire dans l'avenir, devront inspirer les travaux de réfection et de restauration qui seront exécutés dans les hôpitaux existants. Dès maintenant les services de santé et du génie sont invités à établir des propositions en vue de corriger les principales défectuosités signalées dans les hôpitaux militaires, notamment celles qui sont relatives à l'isolement des contagieux et à l'installation des salles d'opération.

Les mêmes services devront être appelés à établir un rapport sur la situation des locaux réservés aux militaires dans les hôpitaux mixtes, afin que les améliorations indispensables puissent être imposées aux commissions administratives lors du renouvellement des conventions passées entre ces hôpitaux et les autorités militaires.

(*Progrès médical.*)

A propos du secret professionnel. — D'un arrêté récent rendu par la Chambre des requêtes de la Cour de cassation, il ressort que les causes

de la mort d'une personne décédée dans un hôpital à la suite d'une opération ne sont nullement des faits secrets, de leur nature, par rapport à la famille de la personne défunte. Elles sont légitimement portées à la connaissance de la famille par l'administration hospitalière, et le chirurgien de service a le droit, et même le devoir de s'expliquer, dans un certificat et une déclaration complémentaire, délivrés par lui à la sœur de la défunte, sur la relation de cause à effet ayant existé entre la maladie dont souffrait celle-ci et sa mort. En conséquence, le juge peut faire état de ces documents pour prononcer la nullité d'un contrat de rente viagère, par application de l'article 1975 du Code civil.

Legs. — Un M. Commercy vient de léguer à l'Université de Paris une somme de 4 millions, dont les intérêts seront affectés à la création de 20 bourses annuelles de 5.000 francs, pour permettre aux jeunes gens les mieux doués, de se livrer aux travaux et recherches qui honorent les sciences et améliorent le bien-être général...

De son côté, M. Arthur Mérice, peintre d'histoire, a légué à la Société philanthropique, son hôtel, les annexes de cet hôtel et une somme de 800.000 francs. Cette Société devra créer un sanatorium, un asile de nuit et un fourneau économique pour les pauvres des deux sexes.

D'autre part, M. Mérice, qui possédait, en Seine-et-Oise, la ferme de Chaumont et quatre-vingt-sept hectares de terrain, en dispose pour la fondation et l'entretien d'une « maison de refuge » où seront reçues, pendant deux années, avec leurs nouveau-nés, les mères pauvres du onzième arrondissement de Paris, incapables de payer les mois de nourrice de leur enfant. Il ajoute à ce legs une somme de 100.000 francs.

(*Tribune de Genève.*)

BIBLIOGRAPHIE

Traitement du mal de Pott à l'usage des praticiens, par le Dr F. Calot, chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild, de l'hôpital Cazin-Perrochaud et de l'Institut Orthopédique de Berck. — 1 volume in-8° de 120 pages avec 122 figures ou photographies dans le texte : 3 francs. Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

On sait les passionnantes discussions dont le traitement du mal de Pott a été le sujet dans ces dix dernières années.

Le public médical en attendait la conclusion pratique, c'est-à-dire la formule d'un traitement qui serait à la fois efficace et bénin et d'application facile pour tous les médecins.

Personne n'était plus désigné que M. Calot pour écrire ce livre.

Il vient de nous le donner tel que nous l'attendions, c'est-à-dire clair et pratique, ni trop long ni trop court, sans aucun développement inutile, mais avec tous les détails nécessaires pour le médecin non spécialiste.

Il suffit de lire la table des matières pour se rendre compte de l'esprit pratique dans lequel ce livre a été conçu.

I. *Le traitement de la gibbosité.*

a) Pourquoi l'on peut et l'on doit redresser les gibbosités, petites ou moyennes.

b) Technique efficace, simple et bénigne du redressement. — Photographies d'enfants redressés (avant et après).

c) Comment faire, lorsqu'on n'est pas spécialiste, un bon plâtre de mal de Pott.

d) Durée du traitement.

e) La convalescence.

f) Manière facile de faire un moulage du tronc. — Les corsets orthopédiques en celluloïd.

II. *Le traitement de l'abcès par congestion du mal de Pott.*

a) Le traitement de l'abcès fermé.

b) Le traitement des fistules.

III. *Le traitement de la paralysie du mal de Pott.*

IV. *Appendice. — Un mot sur le diagnostic ; comment reconnaître un mal de Pott au début.*

Avec ce livre, tous les médecins vont pouvoir, désormais, dépister le mal de Pott à son apparition, et lui appliquer, eux-mêmes, le traitement efficace.

Ajoutons que l'ouvrage a été édité avec le plus grand soin par M. Doin et que 120 figures originales, très nettes, signées du Dr Fouchou, viennent ajouter encore à la clarté du texte et rendre aisément saisissables tous les détails de la technique et du diagnostic.

On peut dire, sans aucune exagération, que, lorsque cet ouvrage, d'un prix très modique, se trouvera dans les mains de tous les praticiens, le sort des malades atteints de mal de Pott sera changé.

IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Association syndicale des médecins des stations climatiques balnéaires et thermales du sud-ouest de la France. — Le Bureau central de l'Association est composé comme suit : MM. Lavergne, de Biarritz, président; Gallard, de Biarritz, secrétaire général ; Pelizza, de Pau, trésorier. — *Section occidentale* : MM. Petit, de Salies-de-Béarn, vice-président ; Matton, de Salies-de-Béarn, secrétaire. — *Section centrale* : MM. Gandy, de Bagnères-de-Bigorre, vice-président; Lafforgue, de Bagnères-de-Bigorre, secrétaire. — *Section orientale* : MM. Carcassonne, d'Amélie-les-Bains, vice-président; Pagès, de Vernet-les-Bains, secrétaire.

Prix de la Société médico-psychologique. — Année 1908. — *Prix Esquirol.* — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Aubanel (1.200 francs). — Question : « Des amnésies dans les lésions organiques et traumatiques du cerveau. »

Année 1909. — *Prix Esquirol.* — Ce prix d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours, 200 francs). — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1905 et en 1906, dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Prix Semelaigne (500 francs). — Question : « Histoire de l'origine et de l'évolutiou de l'idée de dégénérescence en médecine mentale. »

Clinique des maladies du système nerveux. — Un cours élémentaire et pratique de Neurologie clinique, sous la direction de M. Claude, agrégé, et de MM. P. Lejonne, F. Rose, chefs de clinique, et P. Touchard, commencera le lundi 23 septembre. Ce cours sera complet en 20 leçons. Chacune de ces leçons comprendra : 1° un court exposé théorique ; 2° la présentation par les conférenciers de malades atteints des affections qui ont fait l'objet de la leçon théorique ; 3° examen des malades, recherche de symptômes, exercices de diagnostic pratique par les élèves sous la direction des conférenciers. Ce cours s'adresse aux étudiants qui désirent acquérir des notions élémentaires de neurologie et aux docteurs en médecine qui veulent posséder des connaissances pratiques sur les affections du système nerveux.

Ces cours auront lieu tous les jours à 4 h, 1/2, sauf le dimanche, à la salle d'examen des malades, clinique Charcot, à la Salpêtrière. Le nombre des élèves est limité. Le montant du droit à verser pour les 20 leçons est de 80 francs.

Association française d'urologie. — La onzième session de l'Association française d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 10 au 12 octobre 1907, sous la présidence de M. le Professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « Des suppurations non tuberculeuses de la prostate. » — Rapporteur : M. Oraison (de Bordeaux).

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général, M. E. Desnos, 59, rue La Boëtie, Paris.

Ecole de Médecine d'Alger. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, à

l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger, s'ouvrira le 14 octobre 1907, devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier. Ce concours aura lieu suivant les prescriptions réglementaires du décret du 25 juillet 1885.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine de Montpellier, avant le 24 septembre 1907, et déposer entre les mains du secrétaire leur acte de naissance, leurs diplômes, l'indication de leurs titres universitaires et, s'il y a lieu, un exemplaire au moins des publications scientifiques dont ils sont auteurs.

Ils devront justifier en même temps de leur qualité de Français et du diplôme de docteur en médecine.

La durée des fonctions est fixée à neuf ans.

Un nouveau procédé de localisation des corps étrangers métalliques intra-oculaires : La stéréoradiographie avec repères cornéens, par MM. Béclère et Morax. — Ce procédé consiste essentiellement à faire la radiographie stéréoscopique de l'œil blessé après avoir appliqué sur le globe oculaire un petit anneau métallique qui encadre exactement la cornée.

Ce petit anneau est pourvu d'un certain nombre de repères en saillie dont l'un au moins correspond au méridien vertical de l'œil, tandis qu'un autre correspond au méridien horizontal.

Il est relié par une tige métallique, fine et flexible, à un blépharostat qui immobilise les paupières à l'écartement convenable.

L'œil a été préalablement anesthésié à la cocaïne, avec quelques gouttes d'une solution à 1/40e.

Suivant les règles habituelles de la stéréoradiographie, on obtient successivement deux images qui, examinées au stéréoscope, donnent l'illusion du relief et de la profondeur. Elles révèlent les rapports réciproques du corps étranger métallique, caché dans l'œil et de l'anneau de métal, muni de repères, qui encadre la cornée.

C'est ainsi que, dans l'observation rapportée, une paillette de fer apparaît nettement au-dessous du méridien horizontal de la cornée en arrière et en dehors du limbe cornéen, entre 5 et 6 heures, si on compare ce limbe au cadran d'une montre elle est ainsi exactement localisée à l'intérieur de l'œil.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

EN COURS DE PUBLICATION

MANUEL D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

PAR

V. CORNIL
Professeur à la Faculté de médecine,
Membre de l'Académie de médecine.

ET

L. RANVIER
Professeur au Collège de France,
Membre de l'Institut et de l'Acad. de médecine.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

A. BRAULT
Médecin de l'hôpital Lariboisière,
Chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Boucicaut.

TROISIÈME ÉDITION ENTIÈREMENT REFONDUE

Vient de paraître :

Tome III, par MM. Gombault, Nageotte, A. Riche, Durante, R. Marie, Fernand Bezançon, Legry. — *Système nerveux central (cerveau et moelle épinière. — Nerfs. — Cœur et vaisseaux. — Rate. — Ganglion lymphatique. — Larynx)*. 1 fort volume grand in-8° avec gravures en noir et en couleurs..... **35** fr.

Précédemment publiés :

Tome I, par MM. Cornil, Ranvier, Brault, Fernand Bezançon, Maurice Cazin. *Généralités sur l'histologie normale. — Cellules et tissus normaux. — Généralités sur l'histologie pathologique. — Altérations des cellules et des tissus. — Des inflammations. — Des tumeurs. — Notions élémentaires sur les bactéries. — Lésions des os et des tissus cartilagineux. — Anatomie pathologique des articulations. — Des altérations du tissu conjonctif. — Lésions des membranes séreuses.* — 1 fort volume grand in-8°, avec 369 grav. en noir et en couleurs..... **25** fr.

Tome II, par MM. Durante, Jolly, Dominici, Gombault et Philippe. — *Muscles. — Sang et hématopoïèse. — Cerveau. — Moelle.* 1 fort volume grand in-8°, avec 202 gravures en noir et en couleurs..... **25** fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

II. — Le traitement des tuberculoses sèches ou fongueuses,

Par le Dr Calot,
Chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild, de l'hôpital Cazin
et de l'Institut orthopédique de Berck.

C'est une gomme de la peau, un ganglion du cou, une tuberculose du testicule ou de l'épididyme, une coxalgie, une tumeur blanche, peu importe ; car si le traitement orthopédique diffère suivant les régions touchées, par contre le traitement du foyer tuberculeux, dont nous parlons ici, est partout le même.

Malgré les différences de localisation, le « primum movens » est toujours identique, les produits immédiats du bacille sont les mêmes, et non seulement le traitement général de l'organisme est le même dans tous ces différents cas, mais aussi les principes du traitement local.

Le *traitement général* est si connu (bonne hygiène, suralimentation, vie au grand air de la campagne ou de la mer) qu'il est inutile de l'indiquer ici.

Mais le *traitement local*, que sera-t-il ?

Non pas, certes, l'opération sanglante, car ici comme dans la tuberculose suppurée, le *bistouri guérit rarement*, *aggrave souvent* et *mutile toujours*.

Il n'y a que deux attitudes raisonnables pour le praticien : ou bien l'abstention, ou bien la pratique des injections modificatrices dans le foyer tuberculeux.

Le choix entre les deux dépend du cas à traiter et de l'évolution de la lésion tuberculeuse.

Je m'explique :

3 éventualités peuvent se produire.

a) *Résorption spontanée de la lésion.*

Les tuberculoses peuvent et vont se résorber spontanément dans la moitié des cas, pourvu qu'on leur en laisse le temps et qu'on y aide un peu. (Fig. 20, 21, 22.)

L'on y aide par le traitement général indiqué plus haut et par le repos de l'organe malade.

b) *Passage à la suppuration du foyer tuberculeux.*

Dans près de la moitié des cas, et quoi qu'on fasse, la lésion se ramollit. Le traitement est alors celui que nous avons déjà dit pour la tuberculose suppurée d'emblée et pour l'abcès froid (voir *Revue*, n° du 15 septembre).

c) Il reste des cas (cette 3e éventualité est la plus rare) où la lésion ne veut évo-

luer ni vers la résorption, ni vers le ramollissement — où elle s'éternise deux ans, trois ans, six ans, à l'état de tuberculose dure et crue sans jamais donner un abcès appréciable ni régresser manifestement.

Fig. 20. — Adénite du volume d'une petite noisette.
Expectation. On attend la résorption par un bon traitement général.

Le traitement dans chaque cas.

Nous avons déjà dit la conduite à suivre lorsque se produit la 2e éventualité *b*). Voici maintenant ce qu'il faut faire en présence des deux autres : *a*) et *c*).

Si le malade n'est pas pressé, s'il préfère qu'on s'abstienne pour l'instant de toute intervention active, il est permis de déférer à son désir. L'abstention est soutenable puisque l'on a le droit d'escompter la résorption ou le ramollissement spontanés — qui sont tous deux des modes de guérison : pour la résorption, ceci c'est évident, mais cela est vrai aussi pour le ramollissement ; car, à partir du jour où la tuberculose est suppurée, nous pourrons avec des ponctions et des injections guérir sûrement le foyer tuberculeux (voir l'article de la *Revue* du 15 septembre).

Mais si vous êtes libre d'agir et surtout si le malade est pressé, il y a mieux à faire qu'à escompter la guérison spontanée qui est toujours plus ou moins *lointaine* et *surtout très incertaine*, puisqu'elle n'arrive guère que dans la moitié des cas.

Il y a, alors, à provoquer artificiellement ou la résorption ou le ramollissement de la lésion (puisque de l'une et l'autre façon nous pouvons avancer et assurer la guérison).

A) *Manière de provoquer la résorption.*

Pour obtenir la résorption, c'est-à-dire la transformation scléreuse d'un foyer fongueux, on injecte, dans son centre, de l'huile créosotée iodoformée.

Ce mélange est ainsi composé :

Huile.....	60	grammes
Ether.....	40	—
Iodoforme.....	10	—
Créosote.....	4	—

La dose injectée va de 2 à 10 grammes suivant qu'il s'agit d'un petit enfant ou d'un adulte. Mais la dose injectée dépend d'autre chose que de l'âge du sujet, elle

Fig. 21. — Adénite très volumineuse à aspect de lymphadénomie, traitée par les rayons X et le séjour de Berck.

dépend aussi de la lésion. Il est évident qu'on pourra injecter, à âge égal, 2 et 3 fois plus de liquide dans une grande cavité articulaire, s'il s'agit de tumeur blanche que dans un ganglion du cou.

Le nombre des injections : Pour scléroser, on fait une *injection par semaine* et l'on va ainsi jusqu'au chiffre de 10 injections.

B. *Pour obtenir la fonte des fongosités.* (Fig. 23 et 24.)

On injecte le mélange de naphtol et de glycérine (1 de naphtol camphré pour 5 de glycérine, bien brasser immédiatement avant de s'en servir).

Fig. 22. — Le même après six mois de ce traitement conservateur. A la place de cinq gros paquets ganglionnaires, il ne reste plus qu'une petite glande à peine visible. Le malade a été revu trois mois plus tard; cette dernière glande avait à son tour disparu complètement.

La dose injectée va de 2 à 8 grammes suivant l'âge du sujet et suivant la lésion (glande ou cavité articulaire).

Nombre et intervalles des injections : pour obtenir la fonte, on fait *une injection tous les jours* jusqu'au moment où se produit la fluctuation désirée.

Celle-ci se produit vers le 4e jour (quelquefois au 3e et quelquefois seulement au 5e ou 6e jour).

Dès que le liquide s'est formé, on commence par une ponction et on finit par une injection, suivant la technique déjà étudiée dans notre article précédent, pour le traitement des tuberculoses suppurées.

Et à partir de ce moment, comme dans celles-ci, on espace les séances, on n'en fait plus qu'une tous les 5 ou 6 jours, ce qui repose le malade, car les injections quotidiennes du début l'avaient fatigué.

Il faut 10 ponctions et injections pour guérir ces foyers qui ont été artificiellement ramollis, comme pour les foyers ramollis d'emblée.

Ces indications générales données, prenons un exemple particulier. Voici le schéma du **traitement, par les injections, d'une tumeur blanche sèche ou fongueuse.**

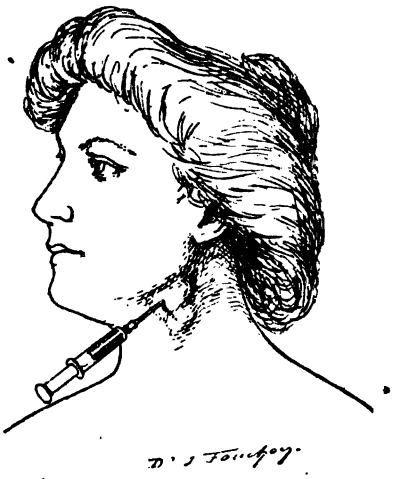


Fig. 23. — On peut ramollir une adénite dure en injectant au centre du ganglion quelques gouttes de naphtol camphré, et en répétant l'injection tous les jours.

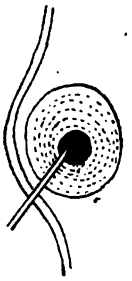


Fig. 24. — Le liquide injecté trouve ou produit au centre des ganglions, une cavité qui va s'agrandir peu à peu, par ramollissement successif des diverses couches du parenchyme ganglionnaire.

Dans les arthrites récentes, de moins de six mois, on recherchera la sclérose du foyer.

Dans les arthrites vieilles, de plus de six mois, et dans toutes les arthrites rebelles, on recherchera la fonte des fongosités.

Dans les deux cas, voici comment vous conduirez le traitement.

10 injections intra-articulaires sont nécessaires, avons-nous dit. Cette période des injections dure deux mois.

Après quoi on fait encore, pendant deux mois, une compression méthodique de la région articulaire (avec des carrés d'ouate et des bandes Velpeau).

Puis on laisse une liberté entière à la jointure, sans appareil ni pansement, mais c'est *une liberté dans le repos du membre* (c'est-à-dire le soutien d'une écharpe s'il s'agit du bras, et le repos dans la position couchée s'il s'agit du membre inférieur).

Cette période de repos va durer six mois. C'est pendant cette période de liberté et de repos que les mouvements articulaires reviennent et se développent d'eux-mêmes, sans que vous ayez à mobiliser la jointure, ce qui serait un peu risqué.

Deux mois d'injections, deux mois de compression et encore six mois de repos, cela fait dix mois, mettons un an.

Ainsi donc, il faut un an, en moyenne, pour guérir une tumeur blanche par cette méthode des injections.

Après l'année écoulée, on peut mettre le sujet sur pieds et lui permettre de

marcher, avec des précautions, cela va de soi, pendant encore six mois à un an.

Toutes ces considérations s'appliquent à la coxalgie aussi bien qu'à la tumeur blanche du genou et des articulations.

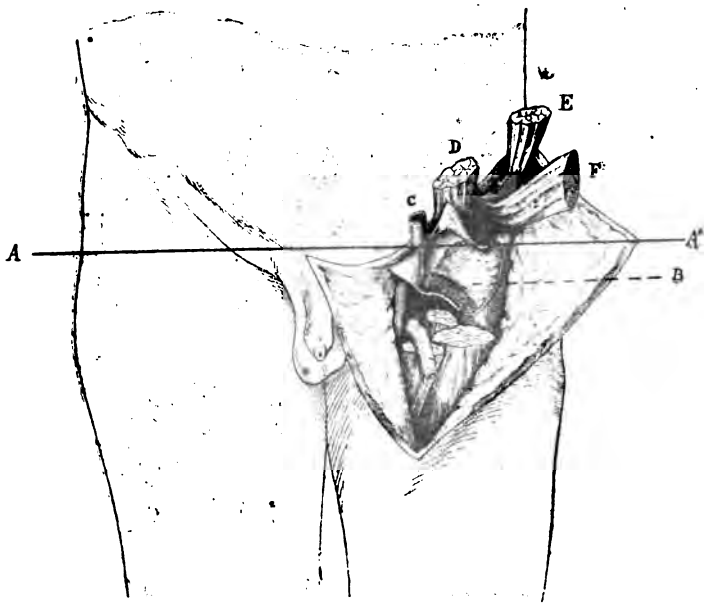


Fig. 25. — Dissection de la région inguinale pour montrer la zone accessible de la cavité synoviale. Cette zone s'étend à toute la face antérieure de la tête et du col. AA', horizontale passant par les épines pubiennes. — B, face antérieure du col. — C, artère fémorale. — D, psoas. — E, couturier. — F, droit antérieur. (B est le point d'élection pour les injections).

Quelques notions anatomiques pour la pratique des injections.

Lorsqu'il s'agit d'un tuberculome cutané ou d'une adénite, la technique des injections n'offre pas la plus petite difficulté.

C'est dans le centre de la masse fongueuse qu'est alors poussé le liquide de l'injection.

Mais la technique est un peu plus délicate lorsqu'il s'agit de faire des injections dans une articulation.

Et d'abord c'est dans la grande cavité articulaire (je dis dans et non pas autour) que vous devez porter le liquide modificateur.

Voici les points de pénétration pour chaque jointure :

1° *A la hanche.* (V. fig. 25 à 31.)

Nous avons fixé dans un mémoire récent (1) la technique des injections intra-articulaires à la hanche.

Ce n'est pas dans l'interligne qu'on doit piquer, malgré que l'on puisse arri-

(1) Dans le Journal de Championnière, n° du 25 mars 1907.

ver par là ; — **on ne choisira pas davantage la partie de la cavité** synoviale qui répond à la **surface cartilagineuse accessible de la tête fémorale,** car la capsule

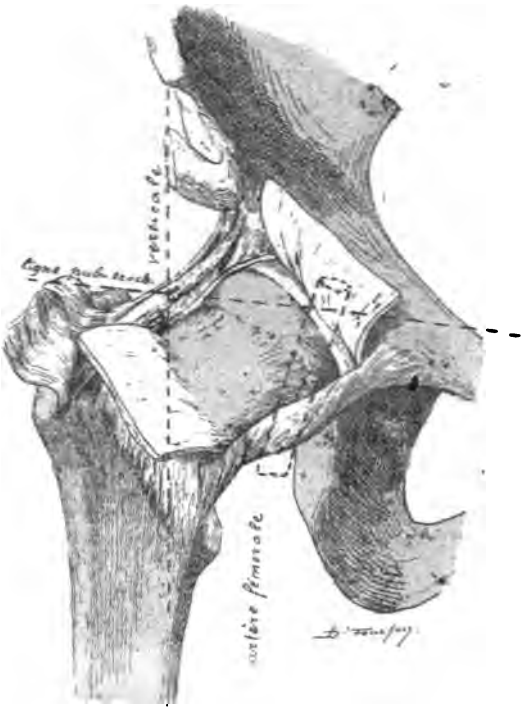


Fig. 26. — La zone accessible de la cavité synoviale en avant.

étant à ce niveau très intimement appliquée sur l'os, le liquide pénétrera moins aisément (mais encore ici pas d'impossibilité absolue non plus) que si nous l'injectons dans le cul-de-sac inférieur large et relativement lâche de la synoviale.

Et c'est en effet dans ce cul-de-sac inférieur, sur la face antérieure du côté fémoral, que nous ferons notre injection.

Au total, voici les points de repère que vous devez suivre pour pénétrer sûrement dans la cavité synoviale de la hanche.

Sur un enfant de huit à quatorze ans, on pique la peau à 2 centimètres ou 2 centimètres 1/2 au-dessous de l'horizontale passant par l'épine du pubis, toujours accessible, et à 2 centimètres ou 2 centimètres 1/2 en dehors de l'artère fémorale (qu'on sent battre), et **chez l'adulte à 3 centimètres au-dessous de l'horizontale et à 3 centimètres également en dehors de la fémorale.**

2° *Genou.* (V. les fig. 15, 16, 17, 18, 19, dans le numéro du 15 septembre.)

On peut pénétrer soit directement dans l'interligne, de chaque côté de la pointe de la rotule et du ligament rotulien, soit plus haut dans le grand cul-de-sac sous-

Fig. 27. — Radiographie prise sur un de nos coxalgies avec l'aiguille en place et qui montre que l'aiguille peut pénétrer dans l'interligne articulaire.

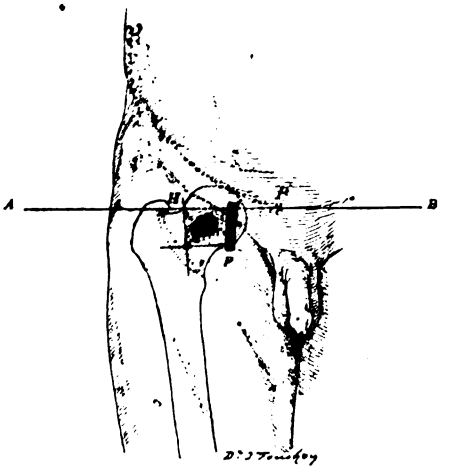


Fig. 28. — Ce qu'il faut retenir pour la technique des injections à la hanche. 2 points de repère : 1° AB, l'horizontale passant par l'épine du pubis D. — 2° l'artère fémorale F. — T le *point d'élection* pour les injections est situé à 3 centimètres en dehors de l'artère et à 3 centimètres également au-dessous de l'horizontale AB (chez l'adulte, chez l'enfant, on prendra 2 cent. 1/2 au lieu de 3 centimètres).

tricipital. Vous choisissez cette 2e voie pour les arthrites récentes, et la 1re pour les arthrites anciennes.

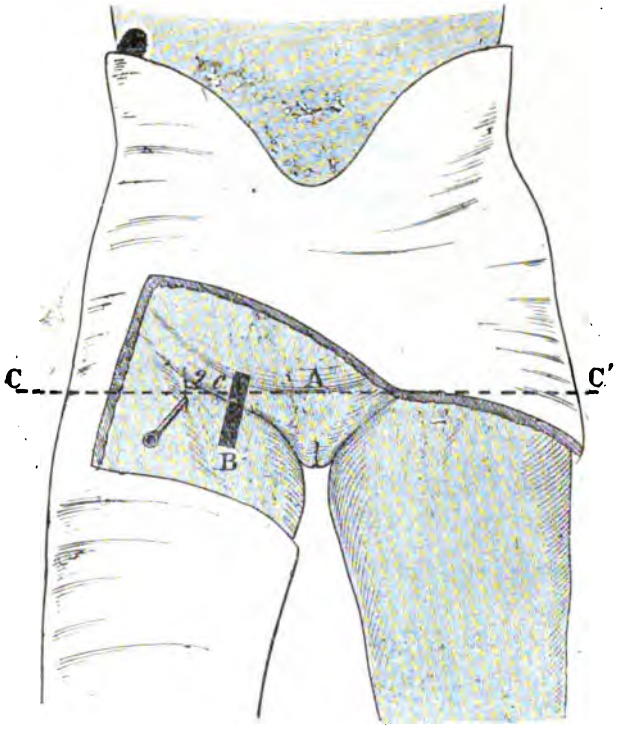


Fig. 29. — Où il faudrait piquer si l'on voulait absolument pénétrer dans l'interligne. Le sujet a un appareil plâtré, fenêtré en avant, pour rendre possibles les injections.

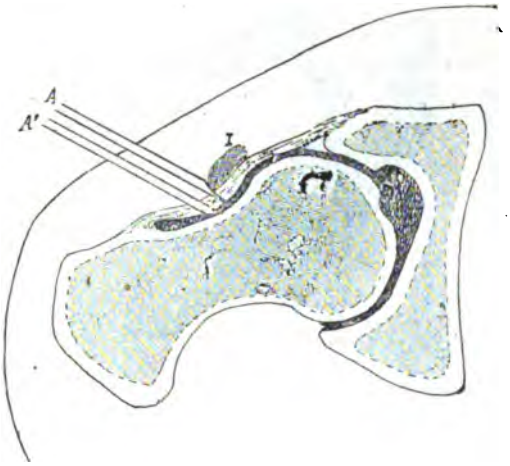


Fig. 30. — Pour, l'injection si l'on se sert d'une aiguille ordinaire biseau très long et que ce biseau soit tenu comme cela est indiqué en A, le liquide s'écoule en dehors de la capsule I. — Adoptez de préférence une aiguille à biseau court A', tenue comme une plume a écrire, de sorte que la face du biseau même s'applique sur l'os.

Rappelons que l'interligne répond à une horizontale passant par la pointe ou angle inférieur de la rotule.

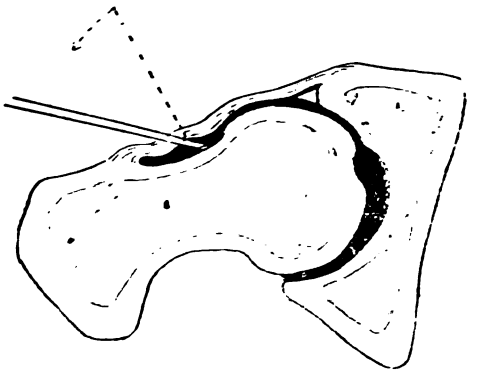


Fig. 31. — Quand on sent l'os, incliner l'aiguille au dehors pour tâcher de s'insinuer entre la capsule et le col.

3) *Cou-de-pied.* V. fig. 32, 33, 34.)

Vous pénétrerez dans la cavité en avant au niveau de l'un des angles latéraux tibio-astragaliens.

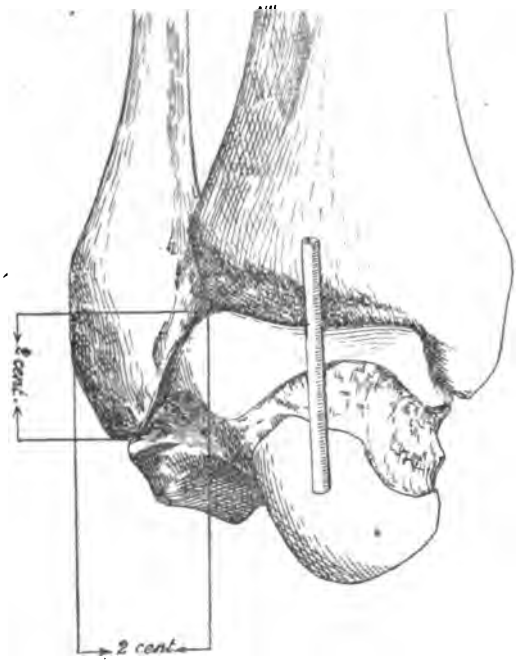


Fig. 32. — L'articulation du cou-de-pied, vue antérieure avec points de repère chez l'adulte.

On se gardera ainsi très sûrement des vaisseaux et nerf situés sur le milieu de la face antérieure du cou-de-pied.

4) *Articulation médio-tarsienne.* (V. fig. 35 et 36.)

Il suffit de jeter les yeux sous les figures ci-jointes pour voir les points de pénétration.

Fig. 33. — Coupe transversale du cou-de-pied.

5) *Épaule.* (V. fig. 37 et 38.)

Le point d'élection se trouve en **avant**, entre l'**apophyse coracoïde** et la **coulisse bicipitale**.

L'apophyse coracoïde pointue est **toujours** facile à sentir, même chez les sujets gras, à la partie antéro-interne de **la voûte** osseuse de l'épaule.

Fig. 34. — Point d'élection pour l'injection dans l'articulation tibio-tarsienne.

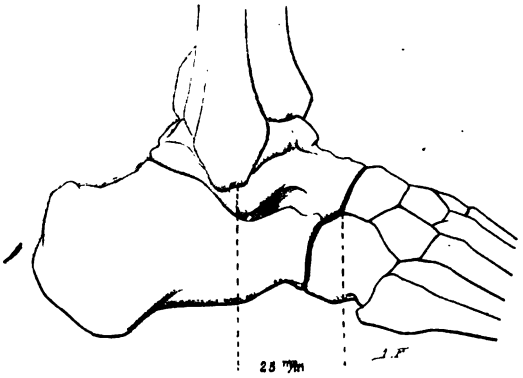


Fig. 35. — Articulation médio-tarsienne, vue par sa face externe : point d'élection à 25 millimètres en avant de la malléole externe (adultes).

De la pointe osseuse de l'apophyse coracoïde portez-vous horizontalement en dehors, à **un demi-centimètre** de l'**apophyse chez l'enfant**, à **un centimètre chez l'adulte**; et enfoncez votre aiguille en ce point d'avant en arrière et un peu de haut en bas, jusqu'à ce que la pointe de l'aiguille arrive au contact de la tête humérale. Il vous sera facile, en mobilisant le coude, de vous en assurer. Cette

certitude acquise, vous retirez l'aiguille de 1 à 2 millimètres et vous poussez votre injection.

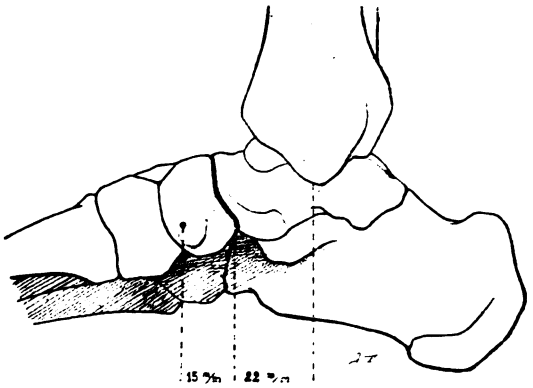


Fig. 36. — La même, vue par sa face interne; points d'élection à 15 millimètres en arrière du tubercule du scaphoïde, à 22 millimètres en avant de la partie de la malléole interne.

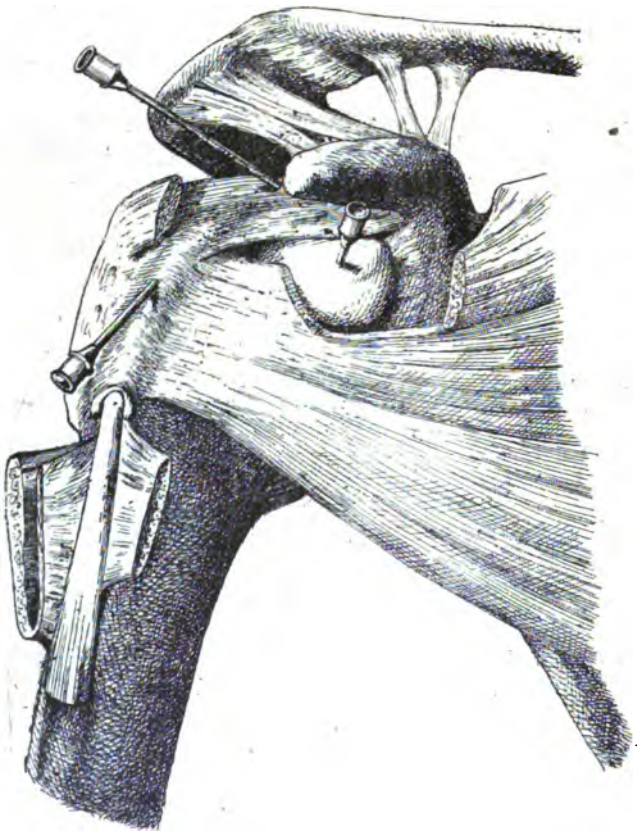


Fig. 37. — Articulation de l'épaule après injections de la synoviale. Cette figure montre les différents points par où l'on pourrait pénétrer dans la cavité avec l'aiguille.

6) *Coude.* (V. fig. 39, 40, 41.)

Le point d'élection se trouve **en arrière au-dessus du bec de l'olécrâne.**

En fléchissant l'avant-bras à angle droit, on sent facilement le bec de l'olécrâne, et, au-dessus de lui, le tendon du triceps tendu dans cette position.

Fig. 38. — Procédé de choix, point d'élection. Enfoncer l'aiguille à 1 centimètre en dehors de l'apophyse coracoïde, directement d'avant en arrière.

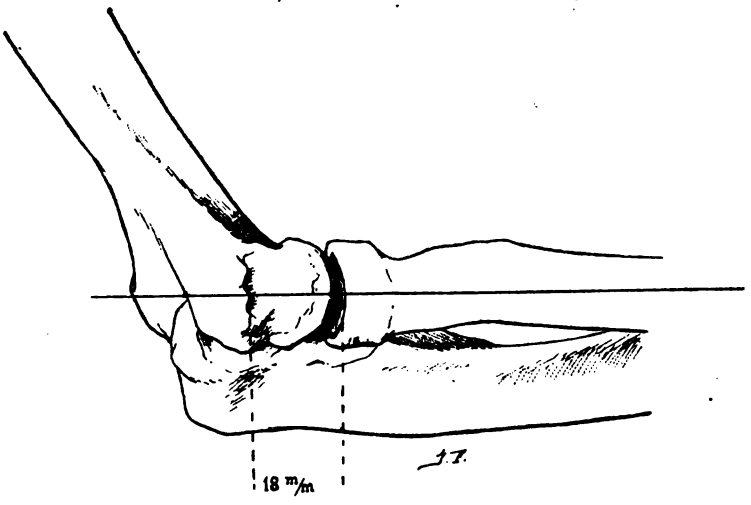


Fig. 39. — Articulation du coude vu par sa face externe. l'articulation radio-humérale se trouve à 18 millimètres de la pointe de l'épicondyle.

Il suffit de piquer à **3 ou 4 millimètres au-dessus de la saillie osseuse,** pour pénétrer sûrement dans la cavité du cul-de-sac synovial.

7) *Poignet.* (V. fig. 42.)

Les deux extrémités de l'interligne sont facilement appréciables chez tous les sujets.

Le milieu de l'interligne, *chez l'adulte*, se trouve à **6 ou 7 millimètres au-dessus d'une ligne droite réunissant les deux apophyses** styloïdes du cubitus et du radius.

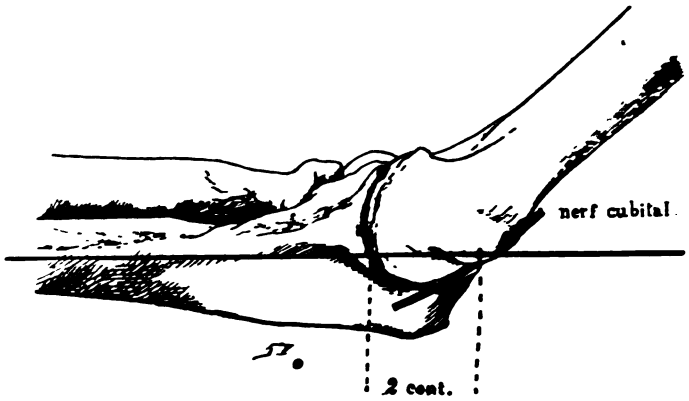


Fig. 40. — La même vue par sa face interne; l'interligne cubito-huméral se trouve sur l'axe du cubitus, à 2 centimètres de l'épitrochlée.

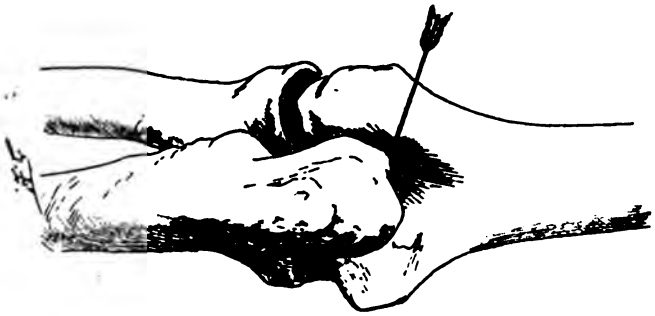


Fig. 41. — Point d'élection pour l'injection.

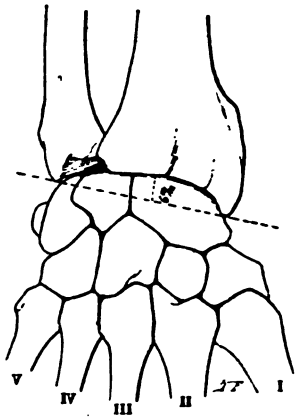


Fig. 42. — Le point de repère pour les injections dans l'articulation du poignet se trouve à 6 millimètres au-dessus du milieu d'une ligne rejoignant les extrémités des apophyses styloïdes du cubitus et du radius.

Assez souvent, dans le cas de tuberculose, l'on aperçoit sur le dos de la main des saillies fongueuses développées dans les culs-de-sac de la séreuse articulaire. C'est par ces prolongements de la cavité synoviale que l'on fera pénétrer le liquide.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

L'anémie pernicieuse progressive, par MM. Marcel Labbé et Salomon (36e *Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences*, Reims, 1907). — On considère, depuis les travaux de Biermer, l'anémie pernicieuse comme une maladie sanguine spéciale possédant, en propre, des caractères cliniques, hématologiques et étiologiques. Mais on a reconnu depuis que le champ de l'anémie pernicieuse protopathique était trop vaste; en effet, on méconnaissait souvent la nature secondaire ou symptomatique des anémies. Il n'en reste pas moins vrai que l'anémie pernicieuse progressive idiopathique existe à l'état d'entité clinique. Les caractères hématologiques qu'elle fournit ne lui appartiennent cependant pas en propre, car on peut les constater dans les anémies pernicieuses secondaires (Besançon et Labbé, Aubertin).

Les altérations du sang répondent à deux phénomènes opposés : les unes indiquent la destruction sanguine (diminution du nombre des hématies), les autres marquent une tendance à la réparation des lésions, et sont, d'après Aubertin, la présence de myélocytes et d'hématies nucléées, la poïkilocytose, la mégalocytose, la polychromatophilie, et un nombre normal d'hématoblastes.

On décrit, d'après les modifications du sang et celles des organes hématopoïétiques, trois formes qui sont :

1° *Une forme plastique*, avec signes de régénération sanguine;

2° *Une forme aplastique* : les signes de réparation des globules du sang y font défaut et on constate les indices de destruction des hématies dans le sang, le foie et la rate;

3° *Des formes intermédiaires* caractérisées par l'absence de réaction sanguine et des signes de réaction des organes hématopoïétiques.

L'anémie pernicieuse est donc, d'après MM. Marcel Labbé et Salomon, un syndrome clinique lié à une destruction excessive et une réparation insuffisante du sang.

Le traitement doit être, autant que possible, étiologique. Il faut combattre la destruction des hématies et favoriser la réparation du sang. On emploie, dans ce but, les injections de sérums hémolytiques ou hématopoïétiques, l'opothérapie médullaire et la radiothérapie.

Pierre Sée.

Traitement de la pellagre par l'atoxyl, par le Pr Babès (de Bucarest) (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 22 septembre 1907). — L'auteur a continué ses recherches sur ce sujet et dispose aujourd'hui de 50 cas nouveaux permettant de conclure de la façon suivante :

Dans les cas aigus et chez de jeunes sujets, les effets curatifs sont indéniables : ils se manifestent déjà 1 à 2 jours après la première injection et la guérison est bientôt obtenue. Il n'y eut qu'une seule récidive après 20 jours sur 15 sujets traités. Chez ces malades, on obtient souvent des guérisons avec 2 ou 3 interventions séparées par des intervalles de 5 à 7 jours (dose : 0,10 grammes d'atoxyl).

Tous les symptômes de l'affection s'améliorent : la diarrhée, si tenace d'ordinaire, est souvent enrayée dès le lendemain de la première injection; la confusion mentale donne des résultats analogues.

Chez les adultes, dans les cas non compliqués, on obtient des succès presque aussi remarquables : la guérison fut obtenue en

14 jours en moyenne dans 10 cas sur 14.

Chez les adultes atteints de pellagre avec complications ou troubles mentaux accentués, les effets thérapeutiques furent longs à se manifester. Dans 6 cas, des récidives incessantes, surtout au point de vue mental, retardèrent notablement les bons effets du traitement.

Chez les sujets ayant atteint la cinquantaine, les injections doivent être, en général, longtemps continuées : il faut recourir à des doses plus élevées (0,20 grammes tous les jours dans quelques cas).

En résumé, sur 65 cas (en tout), on a obtenu 35 guérisons en peu de temps et 24 améliorations marquées, alors qu'avec les traitements classiques, la cure est interminable et ne donne guère que 50 0/0 d'améliorations ou guérisons.

L'auteur publiera ultérieurement les résultats de ses recherches en cours, concernant d'autres arsenicaux et le traitement préventif.

E. Vogt.

De l'utilité du traitement hydrominéral pour les obèses, par M. Louis Furet (36e *session de l'Association française pour l'avancement des sciences*. Reims, 1-6 avril 1907). — Il ne suffirait pas, d'après M. Louis Furet, de prescrire à l'obèse une alimentation rationnelle ; il serait indispensable de le soumettre à une cure hydro-minérale. Le sujet atteint d'obésité est souvent, en effet, un suralimenté et, par conséquent, un intoxiqué. A l'intoxication alimentaire s'ajoute parfois de l'alcoolisme.

La cure thermale doit combattre les troubles hépatiques et l'intoxication, et, par conséquent, activer le fonctionnement des émonctoires et contribuer à l'élimination des toxines et des déchets organiques. La cure bien dirigée permet ainsi d'éviter l'éclosion d'accidents hépatiques ou rénaux, si fréquents chez les obèses.

Pierre Sée.

Recherches thérapeutiques sur le rachitisme, par P. Sittler (*Münch. med. Woch.*, 16 juillet 1907). — Tant que l'étiologie du rachitisme reste obscure, la thérapeutique est forcément empirique. C'est ce qui explique le grand nombre d'agents thérapeutiques préconisés contre le rachitisme. Un seul médicament semble avoir réuni un grand nombre de suffrages : c'est l'huile de foie de morue phosphorée recommandée par Kassowitz. Partant de ce médicament dont la valeur est reconnue, on a essayé un grand nombre de préparations organiques de phosphore. L'auteur dans 200 cas de rachitisme compliqué de symptômes graves a employé diverses préparations, ensemble ou séparément, dont l'albuminate de fer, le chlorure de calcium, les phosphoglycérates de potasse, de soude, de chaux et de fer, la lécithine, l'acide nucléinique provenant de la levure et d'origine animale, l'huile de foie de morue phosphorée, la phytine. C'est surtout l'acide nucléinique et ses composés qui lui ont donné les meilleurs résultats en modifiant favorablement le rachitisme. Le chlorure de calcium par contre a exercé une influence fâcheuse, surtout sur le craniotabès chez des enfants au-dessous de deux ans.

Dans certains cas, l'emploi simultané de l'acide nucléinique, des nucléinates avec les glycérophosphates a paru agir beaucoup mieux sur le rachitisme que l'acide nucléinique seul. Le plus souvent l'auteur a administré en même temps :

Nucléinate de soude.....	0,20 à 0,50
Glycéro-phosphate de chaux.	0,10 à 0,25

Sous forme de paquets ou de comprimés.

L. Jumon.

Indications, contre-indications, avantages et inconvénients de la médication décalcifiante, par M. Paul Ferrier (*Soc. de Biol.*, 6 juillet 1907). — 1° Les *indications* du traitement décalcifiant sont tardives (signes classiques de l'athérome ou de l'artériosclérose) ou précoces (goutte chronique, rhumatisme déformant, presbytie, cataracte calcaire, déchaussement des dents).

2° Les *contre-indications* sont : les affections osseuses non cancéreuses, les fractures, la tuberculose sous toutes ses formes.

3° Les *avantages* du traitement tardif consistent dans la diminution des troubles physiologiques dus à l'artériosclérose. La santé cependant reste précaire.

Les avantages du traitement précoce sont bien plus marqués. Ce sont : la diminution progressive de la presbytie ; le retour de la circulation dans les parties mal irriguées, la cessation du déchaussement des dents, le retour des forces, la disparition des

tophus, la suppression des attaques de goutte.

4° Les *inconvénients* du traitement doivent être, d'après M. Paul Ferrier, rangés sous quatre rubriques :

a) *Buccaux* (carie dentaire).

b) *Gastriques*. Les acides nécessaires pour obtenir la décalcification sont rarement tolérés à dose suffisante : ils déterminent des douleurs stomacales.

c) *Intestinaux* (coliques, diarrhée).

d) *Nerveux*. Dépression physique et mentale, due à la perte de chaux et à la diminution de pression. On combat cet abaissement par les vaso-constricteurs et le repos.

PIERRE SÉE.

Cachets recalcificateurs (*Journ. de méd. de Paris*, n° 30, 28 juillet, 1907, p. 288). — M. Sergent donne, contre la décalcification des tuberculeux, chaque jour, aux repas, deux ou trois cachets.

Chaque cachet est formulé ainsi :

Carbonate de chaux....	ââ 0,50 centigr.
Phosphate tricalciqué..	
Magnésie calcinée.....	ââ 0,10 —
Chlorure de sodium....	

PIERRE SÉE.

Contre le rhumatisme chronique, d'après M. GRASSET (*Journ. de méd. de Paris*, n° 30, 28 juillet 1907, p. 287).

Chlorure d'or et de sodium.	0,10 centigr.
Eau distillée.....	350 gr.

Une cuillerée à soupe de cette solution à chaque repas, pendant quinze à vingt jours par mois.

PIERRE SÉE.

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT,

Ancien interne des hôpitaux.

De l'emploi de l'acide nucléinique dans les laparotomies, par le Dr DELASSUS (*J. des Sc. méd. de Lille*, 3 août 1907). — On a cherché le moyen d'augmenter la résistance du péritoine à l'infection opératoire. Mickulicz a préconisé dans ce but l'injection sous-cutanée préventive d'une dose d'acide nucléinique. L'auteur a employé ces injections d'acide nucléinique pur, à dose de 1 gramme dans 50 grammes d'eau stérilisée additionnée d'environ 30 centigrammes de bicarbonate de soude, chez douze malades qui, pour diverses raisons, avaient subi la laparotomie. Il a fallu parfois ajouter de la cocaïne à la solution pour rendre les injections indolores ou à peu près.

L'action sur le pouls n'est pas douteuse ; en général, le pouls s'accélère dans une mesure notable.

La température monte après l'injection.

En suivant de près les malades, il a semblé que la réaction péritonéale est meilleure chez les malades nucléinés que chez ceux qui ne le sont pas. Chez onze opérées sur douze, l'abdomen fut toujours indolore ou à peu près. Le ventre reste souple. L'action sur les fonctions de l'intestin n'a pas paru modifiée. En ce qui concerne la suppuration, toutes les malades se sont comportées comme les opérées ordinaires et il ne semble pas que l'acide nucléinique soit efficace sur ces sortes de suppuration, celles du catgut. Les opérées guéries n'ont rien présenté de spécial.

L'auteur a cependant restreint l'application de l'acide nucléinique, parce qu'on obtient des résultats aussi bons avec une bonne technique, sans cet agent qui présente certains inconvénients, dont la douleur de l'injection. Mais l'acide nucléinique a une réelle action préventive sur les infections péritonéales qui auraient pour point de départ l'intestin et le colibacille.

En résumé, cet acide, en injections préventives, semble influencer d'une façon favorable les suites opératoires des laparotomies. Le péritoine semble lutter plus aisément entre l'infection, car l'abdomen est plus souple. L'acide nucléinique ne supprime pas les suppurations locales dues au catgut, ni celles qui proviennent des loges cellulaires ou péritonéales qui contenaient les poches salpingo-ovariennes ou autres. Le principal inconvénient de ces injections est la douleur qu'elles provoquent.

L. JUMON.

Résultats éloignés du traitement de la tuberculose péritonéale congénitale, par BAISCH (*Münch. med. Woch.*, 20 août 1907). — L'auteur expose les résultats qui ont été obtenus par le traitement interne et chirurgical de 100 cas de ces affections ; les malades ont été suivis pendant dix ans et il résulte de leur observation qu'on ne peut juger de la guérison définitive qu'au bout

de quatre ans. Baisch distingue trois groupes :

La forme purement exsudative de la tuberculose péritonéale. 34 malades ont été opérées sur 38, dont 22 ont été guéries complètement, 12 opérées sont mortes soit dans les trois mois qui ont suivi l'opération, soit dans les quatre années suivantes. Un facteur essentiel pour le résultat favorable de la laparotomie est l'absence de localisations graves de la tuberculose sur les autres organes, bien que de légères lésions chroniques des sommets ne constituent pas une contre-indication ; c'est aussi l'absence de fièvre. Dans 11 cas l'ascite a été évacuée par la colpotomie, cependant on a souvent observé une convalescence fébrile.

La tuberculose péritonéale adhésive est représentée dans 22 cas. 11 ont été opérés, 11 ont été traités par l'expectation. Le résultat de la laparotomie est ici plus difficile à juger que dans la forme ascitique, car la laparotomie a consisté ici exclusivement dans une incision exploratrice. Sur 11 opérées 8 ont guéri ; quelques-unes ont dû d'ailleurs s'aliter dans la suite et deux ont eu après l'opération des fistules stercorales qui se sont cependant fermées au bout de quelques mois.

Les affections tuberculeuses des annexes sont représentées par 45 cas. Si le résultat opératoire qui a été mis en œuvre dans 32 cas, a donné des résultats très favorables, 23 malades ont guéri dont 18 complètement. Les 5 malades qui n'ont pas guéri complètement et chez lesquelles les lésions annexielles se sont reproduites sont celles chez lesquelles on avait laissé une trompe dans l'opération. Il en résulte qu'on doit enlever les deux trompes, même lorsqu'une est saine en apparence. Par contre Baisch n'a constaté aucun inconvénient d'avoir laissé l'utérus et un ovaire. Chez les femmes jeunes il est d'ailleurs très désirable de laisser au moins un ovaire en raison de la gravité des phénomènes d'insuffisance qui succèdent a la castration complète.

En résumé, la laparotomie est tout à fait indiquée dans les cas de tuberculose annexielle ; elle est discutable au point de vue des résultats dans la forme sèche de tuberculose péritonéale, tandis que dans la forme ascitique l'écoulement de l'ascite par une incision a paru donner des résultats favorables.

L. Jumon.

L'atropine dans l'iléus, par Schulz (*Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, n° 8. 1907). — L'auteur estime qu'en présence des résultats observés, l'emploi de l'atropine doit constituer le premier devoir du praticien en cas d'iléus. On peut sans crainte dépasser du triple la dose maxima admise, on ne risque que de provoquer des délires sans danger, et les hautes doses sont nécessaires pour neutraliser les ptomaïnes.

Il faut injecter dès l'apparition des premiers symptômes 2 milligrammes, aux enfants 1/2 milligramme. Si cette première injection n'a provoqué aucune émission de gaz ou de fèces, on recourra systématiquement à d'autres injections, dès que l'effet de la première semble terminé.

L'atropine injectée dans les premières 24 heures exerce une action prompte et sûre. Si l'effet manquait, on recourrait à l'opération : si le cas semble désespéré, on injectera en même temps de l'atropine pour relever la tonicité cardiaque, enrayer les vomissements et exciter le péristaltisme nécessaire après l'opération.

Les troubles d'intoxication atropinée, s'ils deviennent par trop accentués, seront combattus par la morphine.

L'auteur est arrivé à ces conclusions à la suite d'une série de cas qu'il observa personnellement.

E. Vogt.

Pathologie et traitement de la proctite purulente et ulcéreuse, par Ruge (*Arch. f. Klin. Chir.*, vol. 82, n° 2). — En s'appuyant sur un grand nombre d'observations prises dans le service de Korte, l'auteur discute en détail l'étiologie, l'anatomie pathologique et le traitement des rétrécissements du rectum, et examine particulièrement les résultats éloignés dans les diverses méthodes de traitement.

Le traitement purement médicamenteux de la proctite ne donne la guérison que lorsqu'il ne s'est pas encore constitué d'ulcérations. Lorsqu'il existe des ulcérations et des rétrécissements, on peut tout au plus obtenir une amélioration par les bougies. Il en est de même de la colostomie associée au traitement médicamenteux. Cependant, dans des cas rares on a pu guérir ainsi des ulcérations étendues. En tout cas, on obtient le plus souvent une amélioration considérable de l'état général.

Si les ulcérations s'étendent plus haut que l'anse sigmoïde et si celle-ci est suffi-

samment mobilisable, on peut obtenir le plus souvent une guérison radicale durable par l'extirpation du rectum. La méthode combinée peut encore donner des résultats dans les ulcères qui remontent très haut et lorsque le mésentère est atrophié. On ne peut faire davantage en raison des difficultés de l'extirpation.

L'excision du rétrécissement par une incision sacrée avec suture transversale de l'intestin n'est applicable qu'en l'absence complète d'ulcérations profondes et étendues. Il faut essayer la rectotomie postérieure lorsque l'extirpation est impossible. Les chances de guérison sont assez faibles; en tout cas, l'incision du sphincter assure complètement l'écoulement des sécrétions.

L. Jumon.

Traitement des affections malignes par la trypsine, par A. Cutfield (*The British med. J.*, 31 août 1907). — Alors que la valeur de la trypsine dans le traitement des affections malignes est encore incertaine, l'auteur relate un cas où cette substance a eu un résultat très notable.

Il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans, bien portant jusqu'alors, qui se présenta avec une tumeur abdominale du volume d'une tête d'enfant. On pensa d'abord à un kyste hydatique. Le malade se plaignait de douleurs, de perte de l'appétit et des forces, il maigrissait. A Guy's Hospital, Dunn ouvrit l'abdomen et trouva une tumeur kystique, qui fut ponctionnée, mais qu'on ne pouvait enlever complètement en raison de ses attaches avec le pancréas. La nature maligne ne parut pas douteuse, d'autant plus qu'il existait des tumeurs secondaires dans la paroi de l'estomac et ailleurs.

Le malade rentré chez lui dépérit rapidement. La tumeur augmentait de volume et parut bientôt occuper toute la région épigastrique. Cette tumeur était solide. On commença alors des injections de trypsine et d'amylolypsine et aussitôt il survint une amélioration qui se poursuivit rapidement.

Les vomissements, les nausées et la flatulence disparurent d'abord, l'appétit s'améliora, la douleur diminua; le gonflement diminuait aussi rapidement, tandis que le poids du corps augmentait régulièrement. Les injections furent continuées tous les jours pendant trois mois et au bout de ce temps il ne persistait qu'un peu de gêne abdominale. L'appétit et le sommeil étaient revenus et cet homme pouvait travailler.

L. Jumon.

Le traitement de Bier dans les lésions infectieuses, par A. Mac Lennan (*Glasgow med. J.*, sept. 1907). — Dans cette communication, l'auteur expose le procédé de Bier et donne le résultat de sa pratique personnelle. L'hyperémie passive a été produite par l'application d'une bande de caoutchouc à distance de la région inflammatoire. L'application correcte ne doit pas produire de la douleur. La rougeur et la tuméfaction sont d'abord augmentées, mais la nutrition de la région ainsi congestionnée s'en trouve améliorée. Dans les cas aigus, on a laissé la bande durant vingt-deux heures. On a cependant arrêté l'application pendant deux à quatre heures pour laisser se dissiper l'œdème produit par le bandage. S'il existe du pus, on lui donne issue par de courtes incisions. Pendant le traitement, tous les pansements doivent être appliqués sans constriction. L'augmentation de la douleur, l'extension de l'infection, l'érysipèle, l'hémorragie sont dus à des fautes de technique. Il est difficile d'expliquer les résultats favorables du traitement : il est probable qu'ils tiennent à l'amélioration de la nutrition locale, tandis que Baumgarten pense que la congestion met les microbes dans l'impossibilité de vivre. Sa méthode est applicable à des lésions septiques variées et est spécialement indiquée pour empêcher les plaies de devenir septiques. Le traitement des lésions locales par les appareils à ventouse a donné des résultats très favorables. L'aspiration produit l'hyperémie et favorise en même temps l'écoulement. On applique l'appareil durant cinq minutes, puis on l'enlève durant trois minutes et on répète ces alternatives pendant une heure par jour. Plus l'affection a une allure chronique, plus l'aspiration doit être prolongée.

Les arthrites tuberculeuses ont été traitées par la méthode avec de grandes ventouses permettant de faire un vide partiel. Un des inconvénients du traitement consiste dans la perte de temps qu'il impose.

En résumé, le traitement par la bande ou l'aspiration diminue la douleur et permet de recourir plus vite aux mouvements passifs et actifs. La diminution d'étendue des

incisions est aussi un avantage appréciable.

L. JUMON.

Sur une méthode originale de traitement des scolioses statiques et rachitiques, par O. DAUWE (*La Belgique médicale*, 8 août 1907). — Klapp applique à la clinique chirurgicale de Bonn une méthode essentiellement physiologique, c'est la reptation. Elle consiste à imiter la marche des animaux à colonne vertébrale très mobile, les quadrupèdes, en faisant exécuter ainsi des mouvements de flexion latérale de la colonne. Ces exercices se font dans la marche en cercle, d'où nom de Kriechverfahren. On ajoute à cette marche à quatre pattes des mouvements de torsion, ainsi que des mouvements de flexion et d'extension antéro-postérieure de la colonne. Tous ces mouvements ont pour but d'arriver à la mobilisation des éléments vertébraux et ensuite à leur correction par le développement des muscles dorso-lombaires.

L. JUMON.

Pommade contre les hémorrhoïdes, d'après M. VAQUEZ (*Journ. méd. de Paris*, n° 34, 25 août 1907, p. 327).

Chlorhydrate de cocaïne..	0 gr. 03
Adrénaline à 1 p. 1000....	XXX gouttes
Vaseline.....	30 grammes.

PIERRE SÉE.

Appareil pulmonaire.

Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Influence de l'alimentation sur la tuberculose, par WEIGERT (de Breslau) (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 23 septembre 1907). — L'auteur, à la suite de nombreuses recherches, admet que l'on peut modifier la force de résistance de l'organisme en dirigeant méthodiquement l'alimentation pour obtenir une transformation de l'état chimique de l'économie.

Actuellement, les médecins ne tiennent pas compte de ce but à atteindre; ils conseillent une alimentation fortifiante, le gavage, etc. Or, on voit très souvent ces efforts échouer devant l'action destructive du processus tuberculeux.

En premier lieu, il s'agissait de savoir si la proportion d'eau de l'organisme pouvait jouer un rôle au point de vue de la pullulation des bactéries. Des recherches expérimentales montrèrent que cette proportion d'eau est plus favorable au développement des bactéries quand elle est élevée. Le nourrisson et l'enfant présentent une proportion d'eau plus élevée que l'adulte et leur mortalité est plus grande. D'un autre côté, on constate que les enfants élevés au sein résistent davantage aux infections que les enfants nourris par d'autres procédés; les enfants recevant beaucoup d'hydrocarbures sont spécialement peu résistants.

Des expériences sur les animaux ont montré à l'auteur que la proportion d'eau augmente dans l'économie quand l'alimentation contient beaucoup d'hydrocarbures, alors que les graisses et les azotés agissent en sens inverse. En outre, des porcelets nourris avec des proportions élevées d'hydrocarbures se montrèrent beaucoup plus résistants à l'infection tuberculeuse que d'autres, de la même portée, recevant des hydrocarbures.

Tout en faisant des réserves sur l'application de ces résultats à l'alimentation de l'homme, l'auteur croit cependant utile de mettre en garde contre toute alimentation pauvre en graisse et riche en hydrocarbures. Or, il est à remarquer que, dans les classes inférieures de la société, c'est justement ce mode d'alimentation qui prévaut, alors que les classes moyennes, bien moins atteintes par la tuberculose, consomment beaucoup plus de graisses.

E. VOGT.

Le suc gastrique naturel du chien dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par TSITOVITCH (*Roussky Vratch.*, 1907, n° 28). — Bien qu'on soit revenu de la suralimentation des tuberculeux qu'on pourrait qualifier de forcée, en vogue il y a quelques années de cela, toujours est-il que l'indication d'une nourriture aussi abondante qu'il est possible de faire tolérer, conserve toute son importance dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Or, pour suffire à cette indication, il est nécessaire d'augmenter autant que faire se peut la capacité digestive du phtisique, si souvent défaillante par suite d'hypo-acidité stomacale. Aussi, pour remédier à cette dernière, l'au-

teur du présent mémoire a-t-il eu l'idée d'administrer d'une façon méthodique, à ses tuberculeux, du suc gastrique de chien, par prises de 15 à 30 grammes, une demi-heure après chacun des deux principaux repas. Les résultats furent nettement favorables. Ils se traduisirent par l'amélioration de l'appétit et de l'état subjectif, par une augmentation plus ou moins accusée du poids du corps et, fait inattendu et qui mérite de fixer tout particulièrement l'attention, par la suppression rapide des sueurs nocturnes.

V. DE HOLSTEIN.

La pression sanguine comme guide dans le traitement de l'hémoptysie, par EDW. OTIS (*Boston med. and surg. J.*, 15 avril 1907). — Dans tous les cas d'hémoptysie observés par l'auteur, la pression artérielle était déjà diminuée. Mais l'apparition de l'accident pendant la nuit ou au matin semble indiquer que les variations subites de la pression peuvent intervenir comme cause. Brown pense que le sommeil est dû à la fatigue du centre vaso-moteur, d'où dilatation des vaisseaux périphériques; puis le matin le centre recouvre son action, qui détermine une augmentation de la pression. Pour contre-balancer cet effet, Brown donne de la morphine et du nitrite de sodium entre midi et deux heures du matin. Otis a, d'autre part, fréquemment recours aux sels d'Epsom, dont l'action laxative agit favorablement sur la circulation pulmonaire, en stimulant les splanchniques, régulateurs de la pression sanguine.

Le plan de traitement suivi par l'auteur est le suivant: connaître d'abord par les observations antérieures la pression sanguine du malade. En cas d'hémoptysie, donner de la glace, de la morphine et de l'atropine en injection sous-cutanée et, suivant l'intensité de l'hémorragie, faire faire des inhalations de nitrite d'amyle.

Purger le malade par du sulfate de magnésie, et si l'hémorragie persiste ou récidive, recourir au nitrite de sodium ou à la nitroglycérine, si la pression sanguine est élevée, ou, si elle est basse, faire une injection d'ergotine. Dans quelques cas d'hémoptysie, l'ergot a rendu ainsi des services.

L. JUMON.

Diagnostic et traitement de l'artériosclérose, par MINKOWSKI (*Therap. Monatshefte*, septembre 1907). — Le but principal du traitement doit consister à distribuer exactement le travail de la musculature vasculaire, d'empêcher l'accumulation de la masse sanguine en un point et d'arriver à obtenir, avec un minimum d'augmentation de pression, une irrigation plus marquée dans les organes qui travaillent. Il faut donc modifier le genre de vie du malade et faire reposer précisément les organes qui jusqu'alors travaillaient le plus, tout en soumettant les autres à une activité plus considérable. L'ouvrier artérioscléreux devra avoir droit, de par les règlements concernant la capacité au travail, à une diminution de la tâche quotidienne, le surmené cérébral fera davantage d'exercice musculaire, etc. Ces modifications devront être graduelles, pour éviter l'excès de la pression sanguine, qui est seul dangereux, car une élévation modérée de cette pression peut même devenir utile dans certains cas en favorisant une irrigation plus uniforme.

Les sports sont en général dangereux, la bicyclette surtout, car le séjour au grand air empêche le bicycliste d'avoir conscience de sa fatigue: au contraire, la promenade, la gymnastique de chambre, la cure de terrain, bien dosés, rendront des services dans les cas encore peu avancés.

Il faut être prudent dans ses prescriptions dès que l'on s'aperçoit que l'artériosclérose commence à retentir sur l'activité du myocarde. On fera bien alors de recommander le repos absolu, qui fera place au bout de quelque temps à l'emploi de bains tièdes de 33°, auxquels on ajoutera peu à peu de l'acide carbonique (éventuellement, une cure à une des stations connues).

Si l'insuffisance cardiaque est plus marquée, ces bains sont eux-mêmes contre-indiqués, et l'on pourra, pour diminuer les résistances vasculaires, recourir à l'antique saignée, ou à une dérivation sur l'intestin par des purgatifs salins.

Si l'artériosclérose menace surtout le cerveau, c'est le travail intellectuel qu'on devra régulariser et l'on cherchera surtout à éviter les émotions de tout genre. L'insomnie ne devra pas être combattue par les hypnotiques; elle est le plus souvent due à des troubles digestifs, et sera fort avantageusement combattue, dans beaucoup de cas, par un lavement simple au moment du coucher: le repas du soir sera léger.

L'auteur n'est pas partisan du régime lacto-végétarien et n'accuse pas les aliments azotés de provoquer l'artériosclérose. L'in-

fluence nocive de l'into-intoxication intestinale ne serait qu'une hypothèse; il faut plutôt admettre que les sujets habitués à une alimentation carnée ont une tendance plus grande que les végétariens à abuser du surmenage intellectuel ou physique. En tout cas, il faut se garder de schématiser dans ce domaine, et guider ses prescriptions sur chaque cas en particulier, en combattant les excès alimentaires, surtout au point de vue de la quantité de boissons.

La proscription de l'alcool, du café, du thé, du tabac, ne semble pas devoir être aussi rigoureuse que beaucoup d'auteurs le voudraient. Rien ne prouve que ces substances agissent directement sur les parois vasculaires : elles semblent plutôt diminuer la sensation de fatigue et le besoin de repos. Consommées en quantité modérée, elles peuvent même être utiles en excitant légèrement l'appétit et en augmentant les jouissances, d'où un sentiment d'euphorie.

L'obésité et la goutte seront combattues par les prescriptions alimentaires courantes.

La calcification des artères, processus secondaire, ne doit pas être considérée comme dépendant de la teneur en calcaire des aliments ; il ne faut pas d'ailleurs oublier que la quantité de calcaire accumulée dans les vaisseaux est absolument minime, si on la compare à celle des tissus normaux (tissu osseux surtout) de l'organisme. Il n'y a donc pas lieu de chercher à diminuer la teneur en calcaire des aliments, ni de chercher à dissoudre, par des sérums ou autres préparations, les dépôts calcaires vasculaires.

Parmi les médicaments, les iodures paraissent exercer une certaine action, peut-être en diminuant la viscosité du sang. Il est en général inutile de remplacer l'iodure de potassium par les nombreuses préparations organiques, qui ne sont mieux supportées que parce qu'elles contiennent moins d'iode: il suffit de s'en tenir à des doses minimes (0,20 gr. par jour, par exemple) d'iodure de potassium longtemps continuées.

En cas de troubles cardiaques, la digitale, quoi qu'on en ait dit, peut être utile, à petites doses surtout : très souvent l'amélioration de la circulation ainsi obtenue s'accompagne d'une diminution de la pression sanguine.

E. Vogt.

Traitement de l'artériosclérose généralisée, par Brady (*New-Orl. med. and surg. J.*, septembre 1907). — Le traitement rationnel de l'artériosclérose se réduit à diminuer la pression sanguine et à empêcher les hyperplasies conjonctives. Lorsque la maladie subsiste depuis longtemps, le traitement est peu satisfaisant, mais on peut toujours le diriger contre ses causes apparentes.

Le traitement est éliminateur, en se servant des différents émonctoires ; il consiste aussi à recourir à l'hydrothérapie, à un régime convenable, à l'exercice et aux médicaments.

On doit éviter tout ce qui tend à augmenter la pression artérielle, le surmenage physique et intellectuel, le tabac, les excès vénériens, l'alimentation exagérée et l'excès de boissons. Le régime doit éviter les excitants et être léger. Des eaux minérales variées ont pour but d'opérer surtout un lavage des reins. Toutefois les boissons abondantes employées dans ce but sont contre-indiquées chez les sujets dont les reins sont atteints par une néphrite interstitielle chronique et dont l'urine est pâle, de faible densité. Le cœur surmené est déjà mis à contribution pour relever la circulation et lorsqu'on introduit un excès de liquide dans les artères la pression sanguine augmente, ce qui expose le ventricule gauche à se dilater et la compensation à se troubler. On doit combattre tous les troubles digestifs. La présence de l'indican dans l'urine doit faire recourir aux antiseptiques intestinaux, aux irrigations du côlon. L'exercice modéré au grand air est indiqué : Les voyages de longue durée sur mer sont particulièrement indiqués. Les bains tièdes sont avantageux pour abaisser la pression sanguine et constituent un des meilleurs moyens à opposer à la maladie.

Enfin les vaso-dilatateurs, les nitrites pour une action rapide, les iodures pour une action durable trouvent ici leur indication.

L. Jumon.

Erreurs thérapeutiques sur les maladies du cœur, par Huchard (*Journ. des praticiens*, 7 septembre 1907). — La tachy-arythmie et la dyspnée toxi-alimentaire sont justiciables du régime lacto-végétarien et ne doivent pas être soumises à l'action de la digitale, car cette arythmie est irréductible : elle tient à une lésion du myocarde.

En cas d'hypertension (première période de l'artériosclérose), on fait un abus singu-

lier des préparations iodurées. Or celles-ci n'ont presque pas d'action sur l'hypertension et ne peuvent influencer une artériosclérose qui n'existe pas encore. C'est là un abus qu'il faut chercher à faire disparaître, car il est la source de nombre de gastropathies médicamenteuses ayant souvent des répercussions plus ou moins graves sur les fonctions cardiaques.

En cas d'aortite syphilitique, on abuse de l'iodure et du mercure qui ne donnent pas de résultats curatifs, mais peuvent à la longue provoquer de l'albuminurie. La médication diurétique aidée du régime est préférable.

Les vésicatoires risquent de congestionner les reins et de diminuer la dépuration urinaire, sans avantage au point de vue de la lésion locale.

On a voulu aussi guérir l'artériosclérose en abaissant la tension artérielle par l'électricité : or cette hypertension est une fonction d'intoxication alimentaire.

C'est une erreur de faire dater de l'apparition des œdèmes les accidents d'asystolie; le plus souvent, on observe auparavant une asystolie viscérale qui se traduit par une augmentation de poids. Si donc, avec une diminution des urines, on constate une augmentation rapide du poids, il faut se hâter d'intervenir par la déchloruration, la digitale et une médication diurétique.

Il ne faut pas, comme on le fait trop souvent, à l'étranger surtout, s'imaginer que certaines stations hydro-minérales pourvues de bains carbo-gazeux constituent des panacées. Il faut, avant de diriger les cardiaques sur ces stations, bien examiner chaque cas particulier si l'on veut éviter de graves mécomptes.

L'auteur s'élève contre la proscription de la digitale dans le rétrécissement mitral, alors qu'une dose de digitaline cristallisée d'un quart de milligramme, pendant 4 jours par mois, est seule capable d'atténuer la dyspnée parfois si intense dans cette maladie. En outre, à la période de compensation, la digitale employée systématiquement a une indication formelle : l'auteur constate le fait, qui va à l'encontre des théories sur l'action de la digitale : on admet qu'elle augmente le travail du cœur, alors qu'elle le facilite.

Une autre erreur consiste à croire que la digitale est contre-indiquée dans la dégénérescence profonde de myocarde : or, le médicament agit aussi sur les nerfs et sur tout l'appareil vasculaire, et peut rendre, ici encore, de grands services.

On a tort de proscrire la digitale dans les affections aortiques, car elle est indiquée dans toutes les maladies valvulaires insuffisamment compensées.

La caractéristique de la digitale est sa lenteur d'élimination, constituant un grand avantage quand il s'agit d'administrer la dose d'entretien cardio-tonique (II ou III gouttes par jour d'une solution de digitaline cristallisée au millième). Il est fâcheux, pour le salicylate de soude, par exemple, qu'il n'en soit pas de même et qu'on soit obligé avec lui de répéter sans cesse des doses s'éliminant avec rapidité, mais provoquant des troubles divers.

E. Vogt.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chef de clinique de la Faculté de médecine.

Les injections d'alcool dans les névrites et les névralgies, par Fischler (*Münch. med. Woch.*, 6 août 1907). — Les injections d'alcool, recommandées dans ces formes morbides, donnent souvent de très bons résultats, mais parfois aussi ont de graves inconvénients. A la clinique de Erb, on a traité par ce moyen des formes graves de sciatique et de névralgie du trijumeau qui avaient jusqu'alors résisté à tout traitement. Dans la sciatique, quelques résultats très favorables ont été obtenus, mais le traitement a eu parfois pour effet de provoquer une névrite grave et une véritable paralysie toxique, de sorte qu'on a ensuite renoncé aux injections d'alcool dans la sciatique. Pour les névralgies du trijumeau, les résultats ont été excellents.

L'auteur fait remarquer que l'action toxique des injections d'alcool sur les nerfs peut se manifester même avec la meilleure technique et entre des mains expérimentées. Aussi ne doit-on y avoir recours qu'avec une extrême prudence et en dernier ressort à cause du danger d'une dégénérescence simultanée du nerf. Heureusement, ces névrites toxiques finissent par guérir. Cette guérison s'est produite dans trois cas sur quatre dans un cas, les symptômes existaient encore au bout de dix-huit mois. Mais il peut se faire qu'avec la régénération du nerf les névralgies reparaissent, ce qu'on a observé. Sous ce rapport, la technique a

besoin d'être perfectionnée. Mais cependant l'auteur ne voudrait pas déconseiller absolument ces injections, car la méthode pourrait rendre de réels services en l'appliquant suivant des indications exactes.

L. JUMON.

Contribution à l'étude du traitement du tic douloureux de la face par l'introduction électrolytique de l'ion salicylique, par DESPLATS (*Congrès de Reims*, août 1907). — Relation de 3 cas de tic douloureux traités par l'ion salicylique ; l'amélioration s'est toujours manifestée dès le premier jour. L'auteur place le pôle négatif à la face, relié à une compresse de coton hydrophile imbibée d'une solution de salicylate de soude dans l'eau distillée. Les séances ont une durée de 30 minutes à une heure avec 20 à 50 M. A.

Dans le 1er cas, il a suffi de 7 séances pour guérir une névralgie datant de 10 ans ; dans le 2e, une névralgie de même durée fut guérie en 2 séances ; dans le 3e, une névralgie datant de 27 ans fut en 10 séances améliorée à ce point qu'il ne reste plus qu'une sensation de gêne dans la région sourcilière et sur le trajet du maxillaire supérieur.

L'auteur croit ces résultats supérieurs à ceux que donne le courant continu employé seul, car avec cette dernière méthode il y a, le plus souvent, absence d'amélioration ou même aggravation après les premières séances.

E. VOGT.

Le bromure de castoréum dans le traitement des affections nerveuses, par DŒUBLER (*Therap. Monatshefte*, août 1907). — L'auteur a employé dans 210 cas ce succédané des bromures qui ne présente pas les inconvénients bien connus de ces préparations et agit surtout dans les cas d'agitation et d'insomnie neurasthéniques.

On administre le médicament par cuillerées à soupe ; le dosage de la solution n'est pas indiqué dans le travail.

E. VOGT.

Etat actuel de la question de l'hypnotisme, par MOLL (*Zeitschr. f. Aerztl. Fortbildung*, 1er sept. 1907). — L'auteur maintient, contrairement à l'opinion de Hirschlaff, que l'hypnose profonde est capable d'exercer une action thérapeutique marquée. En revanche, il est d'accord avec ce dernier au point de vue de la nécessité de l'existence de l'hystérie chez les hypnotisables : cette notion doit être abandonnée, car c'est justement chez les non-hystériques que l'on obtient de bons résultats dans les cas d'angoisse, de troubles du langage, etc.

Est-il possible d'expliquer ces résultats par la théorie des localisations cérébrales ou par des modifications de l'afflux sanguin dans les centres nerveux, ou encore par des modifications chimiques ? L'auteur ne le croit pas, mais essaie d'expliquer les faits par les considérations suivantes : l'homme a une certaine tendance à se laisser influencer par son entourage et à croire bien des affirmations manquant de base logique. La suggestibilité est plus développée en présence de certaines personnes, et l'influence subie est d'autant plus marquée qu'elle s'est déjà manifestée auparavant. A l'état de veille, ces phénomènes sont moins marqués qu'à l'état de rêve conscient : cet état se développe dans certaines conditions et exerce surtout son influence sur la perception des impressions sensorielles.

E. VOGT.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr COURTADE,
Ancien interne des hôpitaux.

L'anesthésie dans les examens directs des voies respiratoires et digestives supérieures, par CAUZARD (*Revue heb. de laryng.*, août 1907). — L'anesthésie est un des temps délicats de l'exploration directe par la méthode de Kilian ; on l'obtient, soit par des applications locales de cocaïne, soit par l'anesthésie générale.

Anesthésie dans l'œsophagoscopie. — On obtient l'abolition des réflexes pharyngiens en faisant des applications de solutions de cocaïne sur le voile du palais, le pharynx buccal, la base de la langue et l'épiglotte. On emploie généralement une solution à 1/20 ; Tapia se sert d'une solution contenant 1 gramme de cocaïne, 2 grammes de stovaïne et 20 grammes d'eau distillée ; Cauzard s'est servi aussi d'une solution d'alypine à 1/10 additionnée d'adrénaline.

L'anesthésie locale ne sera pas employée chez les enfants de moins de 10 ans.

En faisant prendre au malade une potion opiacée contenant 4 à 6 grammes de bromure de potassium, dans les 12 heures qui précèdent l'intervention, ou en faisant une injection de morphine 1 heure avant, l'anesthésie est rendue plus facile.

Après l'anesthésie, si l'examen doit être de courte durée et facile, le malade restera assis; dans le cas contraire et si le malade est affaibli, il prendra la position couchée, la tête renversée.

Anesthésie dans la trachéoscopie directe. — Il faut anesthésier le pharynx et le larynx avec une solution de cocaïne à 1/20; on insensibilise progressivement la trachée, à travers la lumière du tube endoscopique, au fur et à mesure qu'il pénètre plus profondément.

Dans certains cas, on a recours à l'anesthésie générale. On peut réaliser l'anesthésie régionale, en pratiquant une injection de cocaïne autour d'un nerf, suivant la remarque de Fr. Franck qui l'appelle : section physiologique, progressive et transitoire des nerfs par l'action paralysante locale de la cocaïne. Ce procédé d'insensibilisation a été mis en pratique par Rossbach, Viereck et par Frey.

Suivant Chevrier et Cauzard, la technique de Frey pour réaliser cette anesthésie en injectant de la cocaïne autour du larynge supérieur n'offre pas à une main inexpérimentée toutes les granties de succès désirables, car elle manque de point de repère pour apprécier si on a atteint le but.

Ces auteurs proposent la technique suivante : chercher le bord supérieur du thyroïde. A 2 centimètres de la ligne médiane et à 1 ou 2 millimètres au-dessous de ce bord piquer doucement la peau avec une aiguille courbe. Pousser alors le piston pour anesthésier le derme et les plans sous-jacents. Conduire l'aiguille doucement et directement dans la profondeur en poussant toujours le piston jusqu'à ce qu'on sente une résistance : c'est le cartilage thyroïde, le repère fixe.

Arrivé à ce point, et avant de modifier la direction de l'aiguille, pousser un peu de cocaïne pour décoller le muscle thyrohyoïdien du cartilage; dès lors, abaisser la seringue de telle sorte que l'aiguille courbe porte sa pointe en haut et un peu en arrière et pousser, en progressant de 1 centimètre environ, le reste de la seringue de cocaïne. Deux centimètres cubes suffisent à faire l'injection. Retirer l'aiguille et masser légèrement avec le pouce de bas en haut et d'avant en arrière pour diffuser le liquide.

On répète la même opération pour l'autre nerf laryngé supérieur; avec 4 centimètres cubes de solution de cocaïne à 1/200 : on obtient ainsi l'anesthésie de toute la partie sus-glottique du larynx.

Quant à l'anesthésie du récurrent, elle ne peut être faite qu'au niveau du larynx, en injectant le liquide sur la face postérieure du cartilage thyroïde; ce procédé n'est encore que dans la phase expérimentale.

A. Courtade.

Anesthésie des incisives et des canines supérieures par voie nasale, par E. Escat (*Archives médicales de Toulouse*, 1er août 1907). — Ayant constaté, comme d'autres rhino-laryngologistes, que le tampon cocaïné appliqué entre le cornet et la cloison pour une opération endo-nasale détermine une anesthésie des incisives et des canines supérieures, l'auteur a étudié de plus près les conditions de cette anesthésie, dans l'intention de l'appliquer à la pratique dentaire.

Cette méthode, en effet, semble devoir rendre des services comme procédé d'analgésie contre les douleurs de la pulpite et contre celles de la gingivite, puis comme procédé d'anesthésie chirurgicale pour l'avulsion, les opérations diverses de dentisterie et la résection partielle du rebord incisif.

La technique de cette anesthésie est très simple et se réduit à l'application, dans la région antérieure de la fosse nasale, d'un tampon d'ouate hydrophile de la dimension et de la forme d'une amande imbibée de cocaïne à 1/20 et mieux à 1/10, associée ou non à l'adrénaline à 1/1000.

On peut d'ailleurs employer dans le même but la stovaïne et les divers succédanés de la cocaïne. Bien que les dentistes aient l'habitude de ne se servir que de solutions à 1/100 en injections hypodermiques, il n'y a pas lieu de redouter l'emploi de solutions aussi fortes en tampon sur la pituitaire, car cette application ne donne lieu à aucune intoxication.

Il est bon toutefois, pendant l'application du tampon, de faire maintenir la tête droite ou fléchie, afin d'éviter la déglutition de quelques gouttes de la solution susceptible de couler sur le plancher nasal.

Le tampon est porté à l'aide d'une pince

à extrémités minces et mousses entre la cloison et la tête du cornet inférieur, puis on l'enfonce dans la fosse nasale et non dans la narine de 2 centimètres environ, afin que le tampon soit bien en contact avec le canal du nerf dentaire qui parcourt transversalement le plancher nasal en arrière de la cavité vestibulaire. Le repère est donné par l'extrémité antérieure du cornet inférieur, sous laquelle on engage le tampon.

L'anesthésie complète se produit seulement au bout de vingt minutes ou une demi-heure.

L. Jumon.

De la cure des fistules alvéolaires du sinus maxillaire, par Claoué (*Revue heb. de laryng., d'otol.*, août 1907). — Les malades atteints de fistules alvéolaires consécutives à une intervention pour traiter leur sinusite maxillaire peuvent être divisés en deux groupes : ceux dont le sinus est guéri et ceux dont le sinus suppure encore.

La fistule persiste chez les malades guéris de la sinusite, soit parce que le malade continue à introduire la cheville dans le canal et cela sans nécessité, soit parce que le trajet est épidermisé ; dans le premier cas, il suffira, pour amener l'oblitération de la fistule, de supprimer la cheville et dans le second, de cautériser et gratter pour aviver les surfaces et permettre la réunion par des bourgeons charnus.

Mais lorsque la fistule est large, la cautérisation ne suffit pas : il faut recourir à des procédés spéciaux. Chez les malades porteurs de fistules et dont le sinus suppure encore, il faut pratiquer une ouverture large du sinus avant de fermer la fistule alvéolaire.

Si la fistule est étroite, le curettage peut suffire pour en amener l'oblitération, mais pour les fistules larges, anciennes, cutanisées, plusieurs procédés peuvent être utilisés :

1° Procédé par lambeau palatin et gingivo-jugal combinés sans résection d'un cylindre osseux alvéolaire.

Ce procédé a été employé et décrit par Quenu en 1888.

2° Procédé à lambeau palatin et gingivo-jugal avec résection d'un cylindre osseux alvéolaire

Ce procédé était une vue de l'esprit que l'auteur n'a pas mise en pratique.

3° Résection de la paroi alvéolaire externe avec formation de deux volets antérieur et postérieur.

Ce procédé est recommandé par G. Laurens.

4° Résection de la paroi alvéolaire externe avec formation d'un volet en store, descendant de haut en bas.

C'est une variante du procédé de G. Laurens.

Deux incisions verticales pratiquées sur la gencive, au niveau de la fistule, permettent de libérer un lambeau unique à base supérieure adhérente ; après résection de la paroi osseuse externe de la fistule, ce lambeau est poussé en dedans maintenu par de la gaze ; l'orifice est ainsi bouché par deuxième intention. L'auteur a employé ce procédé deux fois avec succès.

A. Courtade.

Traitement iodé et mercuriel de la tuberculose du nez, de la gorge et du larynx, par Grunberg (*Munch. med. Woch.*, 20 août 1907). — On peut, d'après l'auteur, agir très favorablement sur la tuberculose primitive (ascendante) de la muqueuse des voies aériennes supérieures par l'emploi interne de l'iodure de potassium. Cette action favorable de l'iodure ne doit pas être utilisée pour le diagnostic différentiel dans les cas douteux. C'est d'ailleurs seulement la forme primitive de la tuberculose du nez, de la gorge ou du larynx qui peut être justiciable de ce traitement. Il en est de même ici du traitement mercuriel. L'auteur cite l'observation d'une femme de 33 ans qui guérit ainsi complètement en 4 mois et demi par le seul traitement iodé et mercuriel (injections intra-fessières de calomel).

Dans une première période, le traitement a été seulement ioduré, l'amélioration a été considérable, mais elle n'a pas persisté. Dans une deuxième période, le traitement a été ioduré et mercuriel. Ce ne fut qu'à la quatrième injection (deux injections de 0,02 par semaine) qu'une modification très nette se fit dans le sens de la guérison.

Dans une troisième période, il n'a été fait aucun traitement ; néanmoins l'amélioration a continué avec l'augmentation du poids du corps. Une dernière période de traitement mercuriel a amené la guérison complète. Quant à l'hypothèse d'une syphilis latente, elle est d'autant moins démontrée qu'il existe d'autres cas analogues. On sait du reste que le lupus sans aucune complication de syphilis est favorablement influencé par les injections de calomel. Le

traitement iodo-mercuriel n'appartient donc pas exclusivement à la syphilis, il peut également guérir certaines lésions tuberculeuses; quant à l'objection qu'on a faite de déprimer le malade, l'observation montre qu'il n'y a pas à redouter cette action.

L. Jumon.

Ophtalmologie.

Dr DARIER

Ancien Président de la Société d'Ophtalmologie.

Le larmoiement, par Trousseau (*J. des praticiens*, 27 juillet 1907). — Le larmoiement n'est pas toujours synonyme d'obstruction des voies lacrymales et n'est pas toujours justiciable du cathétérisme. Il faut avant tout établir avec précision le diagnostic étiologique du larmoiement. Si l'œil est rouge, l'épiphora est un phénomène presque toujours irritatif dû à une affection aiguë du globe. Mais parfois cette affection, comme un minuscule ulcère de la cornée, est peu évidente. D'un autre côté, certaines affections inflammatoires sont entretenues par un état défectueux de l'appareil lacrymal et ne guérissent qu'après cathétérisme. Même si l'on ne trouve pas de lésion du côté de l'œil, il ne faut pas conclure par élimination à la localisation lacrymale. Le nez joue un grand rôle dans la pathogénie du larmoiement. Il faudra rechercher l'existence de coryzas, rhinites atrophiques, rhume des foins.

Il est plus difficile de dépister les larmoiements de la photophobie sans lésion évidente, celui des nerveux, des tabétiques, qui s'aggraveraient par un cathétérisme intempestif.

Si le larmoiement augmente après deux ou trois sondages, il s'agit presque toujours d'un larmoiement par hypersécrétion. Celle-ci peut s'observer chez les goutteux, le matin, avec ou sans rougeur de la conjonctive, chez des sujets dont la réfraction anormale n'est pas corrigée.

Avant de se décider à sonder, on explorera donc soigneusement la paupière, on verra si elle n'est pas déviée et si, cette déviation n'entraîne pas le point lacrymal et dans ce cas on n'agirait que sur la paupière. Le point lacrymal seul peut être bouché, on le dilatera avec la pointe du couteau de Weber ou le dilatateur de Trousseau. Avant de se servir de la sonde même, on introduira dans le canalicule un stylet conique qui révélera et pourra faire disparaître l'obstacle. Si le point et le canalicule sont libres on peut procéder au cathétérisme.

Parfois enfin les malades ont un très léger larmoiement et accusent surtout de la conjonctivite, de la photophobie, une asthénopie spéciale, des mouches volantes, de la diplopie monoculaire. On constate ici la persistance d'une bordure très mince de liquide qui persiste sur le bord de la paupière inférieure. Le cathétérisme guérit vite les accidents.

L. Jumon.

Traitement par l'atoxyl des affections centrales du nerf optique, d'origine syphilitique, par Watermann (*Berl. klin. Wochenschrift*, 2 septembre 1907). — L'auteur s'abstient depuis longtemps d'administrer le traitement mercuriel intensif à des tabétiques atteints d'atrophie du nerf optique : il a constaté qu'en très peu de temps l'amaurose complète se développe à la suite de ce genre d'intervention. Les iodures sont inefficaces.

Etant donnés les résultats que produit l'atoxyl dans une série de troubles d'origine spécifique, l'auteur a utilisé ce produit dans 10 cas de syphilis cérébrale et d'atrophie tabétique. Il injecta à ses malades tous les deux jours, 5 grammes d'une solution stérilisée d'atoxyl à 10 p. 100 (injections intra-musculaires).

Les résultats n'ont pas été encourageants, et l'emploi de ce médicament est même dangereux, car il a provoqué dans un cas l'apparition d'un scotome central, et dans 4 cas une diminution rapide et intensive de l'acuité visuelle.

Dans un cas (femme de quarante-cinq ans, syphilis cérébrale), on vit apparaître, après 8 injections de 0,35 gramme de substance active, des phénomènes d'asthénie grave, avec vertiges, agitation, anorexie, etc. qui disparurent cinq jours après la suppression du médicament.

Presque tous les malades se sont plaints en cours de traitement de faiblesse et de douleurs lancinantes vives dans les membres.

E. Vogt.

Un syndrome oculaire d'origine dysthyroïdienne, par M. E. Stocke (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 6 juin 1907). — M. E. Stocke décrit un syndrome qu'il attribue à une dysthyroïdie. Ce syndrome est caractérisé par les signes suivants : injection des conjonctives palpébrale et bulbaire, hypersécrétion, aspect brillant des cornées, rougeur des papilles optiques, sensation de sécheresse, de picotement et de chaleur, photophobie et céphalalgie. Augmentation des symptômes à la lumière artificielle.

Les malades, qui étaient surtout des jeunes filles, avaient un facies rappelant celui des myxœdémateux. Elles présentaient de l'obésité, de l'algidité des pieds et des mains, de l'hyperchlorhydrie et de la constipation.

M. Stokes prescrivit, pour aseptiser le tube digestif, un régime alimentaire spécial, du sel de Carlsbad, de la rhubarbe et de la teinture de noix vomique. Il ordonna également des massages de tout le corps, et, pour agir contre la dysthyroïdie, 0,50 centigrammes à 1 gramme d'iodure de potassium. Il fit mettre enfin des compresses sur les yeux.

Grâce à ce traitement, l'état général redevint régulier, et les lésions locales guérirent.

Pierre Sée.

Maladies vénériennes. Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE,

Médecin des hôpitaux.

Une nouvelle méthode de traitement des bubons, par Gustave Feigl (*Münch. med. Woch.*, 10 sept. 1907). — Les méthodes opératoires habituelles des bubons suppurés ont l'inconvénient d'exiger le repos au lit durant quelques jours. L'auteur a essayé de simplifier l'intervention opératoire, afin de traiter les malades sans aide et sans chloroformisation, tout en leur permettant de continuer leur travail.

Il commence par traiter l'adénite de la façon habituelle par des compresses d'acétate d'alumine jusqu'à l'apparition sur la tumeur d'un point ramolli et douloureux. Sans attendre que la suppuration s'étende et que la peau rougisse, il fait une incision unique, centrale, de huit à dix millimètres de long, parallèlement au ligament de Poupart. Avec une petite curette introduite à travers l'incision il enlève les masses ramollies et suppurées, sans faire de curettage. L'hémorragie est toujours minime. On injecte ensuite avec la seringue une solution de lysol à 2 p. 100 contenant 6 à 10 gouttes de formaline, puis on exprime légèrement ce qui reste dans la cavité et on tamponne avec une bande de gaze trempée dans la même solution. Sur la plaie on applique un tampon de gaze sèche, puis une couche d'ouate imbibée d'acétate d'alumine.

L'opération dure au plus deux ou trois minutes. L'incision peut se faire avec l'emploi du chlorure d'éthyle. Le tamponnement est un peu douloureux mais la sensation de brûlure ne dure que deux ou trois minutes. L'hémorragie cesse presque immédiatement. Le pansement doit être changé tous les jours, puis tous les deux jours dans la deuxième semaine. La suppuration cesse dès le premier pansement, les ganglions engorgés diminuent aussitôt de volume. La guérison est complète en trois semaines.

Le même procédé est applicable pour d'autres petits abcès.

L. Jumon.

Indications des frictions mercurielles dans la syphilis, par G. Lebeuf (*New-Orl. med. and surg. J.*, septembre 1907). — Il semble qu'on ait tout dit sur les frictions mercurielles dans le traitement de la syphilis. L'auteur a eu particulièrement à s'en louer, à condition de suivre les précautions hygiéniques générales et locales qui doivent être observées avec le traitement. Il les regarde comme particulièrement indiquées dans les cas suivants :

Dans les cas cérébraux graves, avec lésions oculaires, symptômes cérébraux ou nerveux graves, et dans la syphilis tertiaire. Chez les très jeunes enfants, les nouveau-nés, par suite de l'absorption très faible du mercure, tout en sauvegardant les voies digestives. Dans les cas gastriques ou dyspeptiques où il faut ménager l'estomac et l'intestin. Lorsqu'il faut agir rapidement et efficacement.

Les frictions constituent une des meilleures méthodes pour faire pénétrer à coup sûr le mercure dans la circulation. Dans la plupart des cas il faut, au début, instituer un traite-

ment assez intensif et les frictions semblent plus efficaces pour atteindre le virus dans les lymphatiques, que lorsqu'on emploie d'abord des préparations qui imprègnent toute l'économie avant d'atteindre les lymphatiques de la peau.

Pour éviter les accidents dus à une absorption inconsidérée, on dosera toujours la quantité d'onguent hydrargyrique à employer. Quant aux régions de prédilection pour faire ces frictions, elles sont bien connues et n'ont pas besoin d'être rappelées.

L. Jumon.

Technique des injections mercurielles intramusculaires, par Karwowski (*Monatsh. f. prakt. Dermatologie*, juillet 1907). — On sait que, pour éviter les embolies, il est recommandé d'enlever, après introduction de l'aiguille, la seringue, pour voir s'il sort du sang par la canule. Cette précaution ne donne pas une sécurité complète, car l'aiguille peut s'être arrêtée dans la paroi de la veine ou l'avoir traversée entièrement : le sang ne sortira pas par la canule, mais les contractions musculaires ou les mouvements peuvent faire ultérieurement pénétrer la pointe de l'aiguille dans la lumière du vaisseau. L'auteur recommande en conséquence de commencer comme avec le procédé classique, d'attendre 1 à 2 minutes, d'injecter ensuite 1 à 2 divisions et de faire respirer à fond le malade, qui est debout. Ce n'est que dans le cas où l'on n'observe ni toux, ni angoisse respiratoire qu'on injectera le reste du liquide.

L'auteur recommande en outre d'employer comme véhicule, quand on se sert de salicylate de mercure, d'huile d'olives au lieu d'huile de vaseline : les douleurs sont alors incomparablement moins fortes, et les infiltrations ne se développent pas. Il faudra agiter fortement le flacon et le chauffer légèrement à la lampe au moment où l'on remplira la seringue.

E. Vogt.

Traitement des troubles du système nerveux d'origine syphilitique, par Hartung et Fœrster (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, juin-juillet 1907). — Les auteurs sont partisans déterminés du traitement spécifique (injection de calomel). Les accidents accessoires provoqués par le traitement peuvent être combattus ou évités : dans les cas où le calomel produit un affaiblissement marqué de l'état général, il faudra recourir à des doses minimes répétées, ou employer les frictions d'onguent napolitain. En tout cas il ne faut pas intercaler de longues périodes de repos entre les périodes de traitement.

Fœrster a obtenu, dans le tabès, de remarquables résultats : les douleurs, les paresthésies, les crises, même les parésies vésicales ont disparu chez un malade, le réflexe rotulien reparut.

Dans un cas, un traitement par les frictions n'avait donné aucun résultat, alors que les injections de calomel furent efficaces.

E. Vogt.

Radiothérapie de l'acné, par Bordier (*Arch. d'électr. médicale*, 10 sept. 1907). — Depuis deux ans, l'auteur a eu l'occasion de guérir une dizaine de cas d'acné, soit de la face, soit du dos, par les rayons X; c'est grâce au chromoradiomètre de son invention qu'il a pu appliquer chaque fois la dose exacte qui convenait dans les différents cas.

La technique à suivre est la suivante : on commence par protéger les parties saines par une feuille de plomb sur le bord de laquelle on colle une pastille de platinocyanure. L'ampoule est placée à une distance variant avec l'étendue de la surface à traiter.

S'il s'agit d'acné du dos, on divise la surface atteinte de boutons d'acné en plusieurs zones, par exemple quatre, deux de chaque côté de la colonne vertébrale, et superposées.

Si l'on a à traiter l'acné de la face, on peut ne faire que trois séances, une sur chaque joue et une au front, qui est, comme on sait, un siège fréquent d'acné.

Dans le deuxième mois qui suit le traitement, la peau revient à son état normal et se montre débarrassée des boutons d'acné qui existaient précédemment.

Les rayons X ont pour effet d'atrophier les glandes sébacées, dont la sécrétion est par suite diminuée ou même supprimée.

Dans l'acné rosacea, ou couperose, l'auteur a obtenu des résultats remarquables, mais dans ce cas, la dose doit être plus forte : la réaction est plus vive; il se fait une desquamation assez intense. La coloration et le gonflement du nez et des parties atteintes de chaque côté diminuent peu

à peu : de tubéreux qu'il était, le nez redevient à peu près lisse et peu coloré.

E. Vogt.

Du danger du traitement roentgenthérapeutique intensif dans les cancers ulcérés et très étendus de la face, par Guillemonat (*L'électricité médicale*, août 1907). — L'auteur préfère les doses faibles et répétées à la méthode intensive, lorsque le processus cancéreux est très étendu et l'ulcération profonde, car cette dernière expose à de graves dangers et peut même entraîner la mort des malades. Il faut toujours tenir compte de l'étendue irradiée ; les radiations détruisant probablement les cellules morbides et activant leur phagocytose, le nombre des cellules détruites, qui augmente considérablement avec l'étendue de la surface traitée, n'est pas indifférent.

E. Vogt.

Le meilleur traitement des prurits idiopathiques, par Leloutre (*L'électricité médicale*, août 1907). — Ces affections tenaces ont, jusqu'ici, fait le désespoir des malades et des médecins : pour l'auteur, l'électricité seule peut les guérir ou du moins les soulager.

Aux prurits récents des membres, du tronc, sans lésions, l'effluve statique suffira presque toujours.

Aux autres, surtout aux prurits anovulvaires, il faudra appliquer l'effluvage de haute fréquence : si, au bout de douze séances environ, on n'obtenait pas de modifications, il faudrait s'adresser aux doses faibles de radiothérapie (6 séances environ).

E. Vogt.

La dermatalgie et son traitement, par Shoemaker (*Medical Bulletin*, août 1907). — L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 47 ans, rhumatisante, atteinte de prurit et surtout d'une douleur intermittente, comparable à une brûlure de toute la peau, sans lésion cutanée, ni hyperesthésie ou anesthésie. Cette sensation douloureuse s'exagerait par le froid et par le simple contact, tandis que la pression la calmait.

La dermatalgie est généralement symptomatique, parfois idiopathique. Elle survient souvent brusquement, limitée à des régions ou étendue à toute la peau. Elle est plus fréquente chez les femmes. Le rhumatisme, le diabète, la goutte, la malaria, l'anémie, la chlorose, les affections organiques ou fonctionnelles du système nerveux sont les principales causes de la maladie.

Le traitement dépend d'abord de la cause qu'il faut combattre, le traitement local ne donnant qu'un soulagement temporaire. Dans le cas actuel le rhumatisme étant intervenu, l'auteur prescrivit des capsules contenant de l'essence de gaultheria, de l'extrait de colchique, du soufre précipité, du salicylate de soude.

Localement, la préparation suivante a donné un soulagement temporaire :

Teinture de belladone	àà	6 gr
Teinture d'aconit		
Menthol		2 —
Alcool		60 —
Glycérine	àà	30 —
Eau de rose		

En application locale sur les parties affectées lorsqu'il est nécessaire.

Un point important du traitement est de surveiller le régime. Les malades doivent éviter les viandes et les aliments gras, ainsi que le thé et le café. Le régime doit consister en lait, bouillon de viande, légumes très cuits, épinards, asperges, pommes de terre et fruits de toutes sortes. Des bains chauds salés fréquents sont avantageux. Le malade doit faire de l'exercice au grand air, mais éviter le froid et l'humidité qui déterminent souvent les accès.

L'électricité statique rendra des services en diminuant la douleur et en stimulant la circulation.

L. Jumon.

Maladies des voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Guérison spontanée de la blennorragie au cours d'une pyrexie aiguë, par Noguès (*Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 1er sept. 1907). — Il s'agit de deux cas de blennorragies rebelles au traitement par les lavages et guéries spontanément, la première au cours d'une pneumonie, la seconde au cours d'une amygdalite. La guérison fut confirmée par les épreuves d'usage (bière, coït).

L'auteur ne croit pas qu'il s'agisse d'antagonisme microbien : il tend à admettre que le gonocoque est tué par la fièvre, les cultures de ce microbe ne résistant pas à la température de 39° (Bumm, Gebhart, Kiefer); d'ailleurs le gonocoque ne donne pas de température par lui-même : l'hyperthermie au cours de la blennorragie est toujours l'indice d'une complication (prostatite, orchite, adénite).

M. Deschamps.

Deux cas de perforation de la vessie, par Pillet (*Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 1er sept. 1907). — Il s'agit de deux cas de perforation de la vessie d'origine assez rare. Dans la première observation, la perforation s'est faite de dehors en dedans par une fistule venant d'une coxalgie ancienne : cette fistule fusa de la cavité cotyloïde détruite jusqu'à la cavité de Retzius d'où elle s'ouvrit à la fois dans la vessie et à la peau de la région hypogastrique; par cette fistule, des esquilles osseuses parvinrent jusque dans la cavité vésicale d'où certaines furent expulsées spontanément par l'urètre : les autres formèrent des noyaux de calculs qui nécessitèrent la lithotritie.

La seconde observation est celle d'une malade dont la vessie se perfora de dedans en dehors au niveau de la cloison vésico-vaginale, d'où issue de l'urine par le vagin. Cette malade avait subi auparavant une néphrectomie pour tuberculose du rein; il est donc permis de supposer que cette perforation se fit au niveau d'une ulcération tuberculeuse. L'ablation de cette fistule avec suture de la vessie fut tentée, mais sans succès.

M. Deschamps.

Indications opératoires dans les tumeurs de la vessie, par Bazy (*Revue internationale de méd. et de chir.*, 10 juin 1907). — Les tumeurs bénignes ou papillomes doivent toujours être opérées, même si elles ne provoquent pas d'accidents sérieux, l'auteur a vu mourir d'hémorragie un jeune homme porteur d'un papillome trois mois après avoir refusé une intervention. D'ailleurs, ce sont les papillomes qui donnent le plus de sang. Le diagnostic précis ne peut être fait que par la cystoscopie.

L'épithélioma limité à aspect cancroïdal doit être enlevé radicalement; quant aux tumeurs diffuses, elles doivent être respectées; les douleurs seront calmées par un méat hypogastrique analogue à l'anus iliaque dans le cancer du rectum.

La suture sera pratiquée au fur et à mesure que l'exérèse se fera, de façon à diminuer la perte de sang autant que possible et en même temps la durée de l'opération. Lorsque la perte de substance aura intéressé toute ou presque toute l'épaisseur de la vessie, il sera prudent de laisser un drain vésical; dans les autres cas, on fermera complètement la vessie et on laissera la sonde dix à douze jours.

M. Deschamps.

Sur le traitement opératoire des tumeurs de la vessie, par L. Schmidt (*Boston med. and surg. J.*, 22 août 1907). — On doit observer une différence essentielle au point de vue opératoire entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes. Les premières doivent être abordées par l'intérieur, les secondes par l'extérieur. En enlevant les tumeurs bénignes, on peut recourir à deux méthodes, l'une endovésicale par le moyen du cystoscope et par la cystostomie suspubienne. La première de ces méthodes exige une adresse spéciale de la part de l'opérateur. Dans la seconde, on emploie des ciseaux courbes pour enlever la tumeur et on place les ligatures au moment de l'enlever. La cause habituelle d'échecs dans l'ablation des papillomes est qu'on enlève une grosse tumeur, tandis qu'on en laisse d'autres plus petites. La vessie fermée doit être attachée à la paroi abdominale. En enlevant les tumeurs malignes, on doit d'abord localiser la tumeur avec le cystoscope, puis on aborde la vessie par une incision sus-pubienne. Toute la vessie doit être isolée des tissus voisins. Toute opération qui n'enlève pas plus d'un tiers de la vessie doit être suivie de la fermeture de ce réservoir. On ne doit pas employer la sonde à demeure.

L'auteur a eu plusieurs cas dans lesquels la fonction de la vessie est restée complète après l'opération, malgré l'ablation de plus des deux tiers de cet organe.

L'examen cystoscopique montre habituellement si la tumeur est maligne ou bénigne, une tumeur suspecte devant être traitée comme étant maligne.

En résumé, toutes les tumeurs bénignes doivent être abordées par le dehors; toutes les tumeurs malignes doivent être abordées par l'intérieur de la vessie. Dans tous les cas où la perte de substance n'est

pas trop grande, la vessie doit être complètement suturée après l'ablation de la tumeur. Après les opérations sur la vessie on doit renoncer à l'emploi sur la sonde à demeure. Toutes les vessies après l'opération doivent être constamment soumises à l'examen cystoscopique.

L. Jumon.

Les troubles urinaires dans le tabes, par Duhot (*Annales de la policlinique centrale de Bruxelles*, juillet 1907). — Plus de la moitié des tabétiques présentent des troubles urinaires, généralement à la période ataxique, mais très souvent à la période du début avec les symptômes précoces. Ces troubles sont quelquefois intermittents, mais ils s'installent généralement d'emblée d'une façon permanente.

On peut les diviser en trois groupes : 1° troubles de la sensibilité ; 2° diminution de la pression urinaire ; 3° phénomènes d'incontinence.

Les troubles de la sensibilité consistent en douleurs, à la miction, d'intensité variable : elles peuvent aller de la simple sensation désagréable à la véritable crise paroxystique analogue aux crises gastriques. Le malade prend des positions bizarres pendant la miction pour atténuer cette douleur qui reparaît ordinairement sous forme de crises intermittentes qui peuvent faire penser soit à des coliques néphrétiques, soit à la présence d'un calcul vésical : dans ce dernier cas il est utile de faire une exploration de la vessie pour lever les doutes, car les tabétiques ne sont pas exempts de lithiase. Ces douleurs s'accompagnent très souvent de pollakiurie.

La diminution de la pression urinaire amene de la difficulté à vider la vessie, et cette difficulté peut amener de la rétention car les malades ont perdu souvent presque complètement la sensibilité à la distension vésicale, tandis qu'ils voient s'exagérer la sensibilité à la douleur au point qu'ils ne peuvent souvent même pas tolérer une sonde à demeure, la région du col vésical étant hypersensible.

Les tabétiques peuvent donc en arriver à perdre la sensation du besoin d'uriner ; les interprétations de ce phénomène sont variables : les uns l'attribuent à la parésie du muscle vésical (Duhot), les autres à l'incoordination motrice entre le muscle vésical et le sphincter urétral strié qui se contractent en même temps (Augagneur, Rochet, Féré et Geffroi).

La seconde théorie a contre elle les phénomènes d'incontinence qui impliquent un relâchement du sphincter strié, et les cathétérismes souvent faciles qui ne font pas sentir de spasme s'opposant au passage du cathéter.

L'incontinence est souvent consécutive à la rétention, mais elle peut être observée sans rétention : elle est due alors uniquement à l'atonie sphinctérienne.

La rétention doit être traitée par le cathétérisme aseptique ; si le malade est infecté, on le soignera comme un urinaire. Les crises douloureuses peuvent amener à dilater l'urètre postérieur après incision par le périnée, soit avec une bougie de Hégar, soit avec le doigt ou le dilatateur de Dolbeau ; la section du sphincter peut aussi être indiquée. La dilatation anale amène quelquefois du soulagement, sans doute à cause de la liaison immediate des nerfs de l'anus et du sphincter urétral.

L'origine du tabes étant toujours syphilitique on aura donc avantage a instituer le traitement mercuriel dès le début des accidents.

M. Deschamps.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL,

Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité.

Traitement de la dysménorrhée, par Oscar Polano (*Münch. med. Woch*, 27 août 1907). — Parmi le grand nombre de cas de dysménorrhée, il en est toujours dans lesquels le traitement interne et les petites interventions échouent. Pour ces malades l'auteur recommande un traitement qui n'est pas une panacée, mais qui a rendu de réels services.

Comme on doit considérer la menstruation comme un processus ovarien, on peut supposer qu'on peut agir en atténuant les formes morbides de la menstruation en excitant artificiellement les glandes mammaires. L'hyperémie artificielle est le moyen le plus simple d'activer le travail de la glande. Le procédé est très simple. Quelques jours avant les règles on place sur chaque sein la grande ventouse employée par Bier dans le traitement de la mastite. On fait le vide jusqu'à ce que le sein se gonfle fortement et

que la malade éprouve un fort tiraillement, qui ne doit pas aller jusqu'à la douleur. La ventouse reste une demi-heure en place, parfois seulement un quart d'heure ; on continue ainsi tous les jours jusqu'à la fin de la période menstruelle. Le sein reste encore hyperémié durant plusieurs heures et il subsiste pendant plusieurs jours après le traitement une sensation de plénitude dans le sein. L'emploi de ce procédé a eu une influence favorable sur la dysménorrhée et a retardé, en outre, l'hémorragie menstruelle. Il y a toujours eu un résultat appréciable, quoique variable.

L. JUMON.

Rétrodéplacement de l'utérus, par BELLINGHAM SMITH (*The Practitioner*, août 1907). — Il est très difficile dans les rétro-déviations de l'utérus de poser les indications exactes du pessaire et d'un traitement opératoire et les résultats sont loin d'être les mêmes dans des cas apparemment semblables. L'auteur croit qu'on ne tient pas assez compte de l'état général de chaque malade et qu'on apporte une attention trop exclusive au traitement local. Après avoir donné un certain nombre d'exemples cliniques, l'auteur termine par les conclusions suivantes :

Beaucoup de cas de rétrodéviations utérines ne s'accompagnent pas de symptômes et n'ont pas besoin de traitement.

Quelques-uns de ces déplacements sont congénitaux et donnent lieu à des troubles qui ne sont pas attribuables à ce déplacement, comme la dysménorrhée et la stérilité. Ces cas demandent une autre conduite de traitement.

Lorsqu'il existe de l'augmentation de volume et de la sensibilité de l'utérus, qu'il est difficile de réduire immédiatement l'utérus, le traitement dirigé contre la congestion donne les meilleurs résultats. Le même traitement préparatoire sera appliqué aux cas dans lesquels les ovaires sont prolabés.

Lorsqu'il existe des symptômes bien marqués de névrose il est prudent d'étudier avec soin la part que peut prendre l'état local à ces troubles nerveux. Dans ces cas le traitement est un peu affaire d'expérience.

Lorsque l'utérus est fixé par des adhérences, que les symptômes persistent en dépit du traitement, il est indiqué d'intervenir pour détruire les adhérences et fixer l'utérus en avant.

La ventro-fixation et les autres méthodes de fixation de l'utérus ne sont employées que dans un petit nombre de cas de rétrodéviations. En raison des risques opératoires et de la possibilité d'une grossesse à venir les opérations ne doivent être faites que lorsque les autres traitements ont échoué.

L. JUMON.

L'opération du cloisonnement du vagin, par J. CHAVANNAZ (*J. de méd. de Bordeaux*, 1er septembre 1907). — Le cloisonnement du vagin, pour remédier au prolapsus utéro-vaginal, n'a jamais joui d'une grande faveur : cependant c'est une opération qui peut donner des résultats avantageux dans des cas déterminés. L'auteur l'a pratiquée dans cinq cas avec des résultats éloignés très favorables à des dates relativement éloignées de l'opération. En dehors de la question de technique, le point le plus important est celui de l'indication. L'opération doit être réservée aux femmes relativement âgées, à celles qui en ont fini avec la période la plus active de la vie génitale. Même en cas de grossesse, il serait facile de sectionner la cloison vaginale artificiellement créée, mais ce serait aussi amener la reproduction du prolapsus.

Les reproches les plus importants qu'on a pu faire à l'opération de Le Fort, c'est d'être insuffisante, si on la pratique à l'état isolé, et de devenir inutile si on la fait suivre d'une colpo-périnéorrhaphie. La formation d'une sangle sous-cervicale au-dessous du vagin n'assure pas aux organes des moyens de soutien suffisants. Si au contraire on donne au vagin le point d'appui inférieur qui lui manque, l'utérus sera très sûrement retenu par la colonne qui divise la cavité vaginale. La guérison du prolapsus se trouve assurée si au cloisonnement vaginal on ajoute la réfection du périnée. C'est ce que confirment les observations de l'auteur, qui pense que le cloisonnement du vagin mérite d'être conservé à titre d'élément dans un acte opératoire plus ou moins compliqué.

L. JUMON.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT,
Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Sur la toxine de l'opium, par MM. WOLFGANG WEICHARDT et HERMANN STADTLINGER

(*Biochemisch. Zeitschrift*, t. III, 1907). — M. Wolfgang Weichardt avait, par de précédentes expériences, constaté, dans les muscles des animaux fatigués, la présence d'une véritable « toxine de fatigue ». Cet auteur avait, de plus, préparé une antitoxine : il injectait, à cet effet, de faibles doses de toxines à des animaux qui se trouvaient bientôt immunisés.

Partant de ces faits, MM. Wolfgang Weichardt et Hermann Stadtlinger ont supposé qu'il devait exister, dans l'opium, une toxine du même genre. La présence de cette toxine expliquerait certaines propriétés physiologiques de l'opium et notamment le pouvoir soporifique de cette drogue.

L'expérience a vérifié cette hypothèse.

Pour extraire la toxine, les auteurs recommandent la technique suivante : On fait macérer, à la température ordinaire, de l'opium dans l'eau ; puis on précipite du liquide de macération, les alcaloïdes par l'iode ioduré. On enlève alors l'excès d'iode par le mercure. On dialyse et on concentre dans le vide. Le liquide ainsi préparé renferme la toxine de l'opium. Il provoque, en effet, lorsqu'il est injecté à des animaux, des symptômes de fatigue qui peuvent aller jusqu'au sommeil, et dans les cas extrêmes jusqu'à l'abaissement thermique et la mort par arrêt respiratoire.

Les auteurs ont pu, à l'aide d'injections répétées de faibles doses, immuniser les animaux contre cette toxine.

Ils ont constaté enfin la présence de cette toxine chez un grand nombre d'animaux et de végétaux (capsules vertes de pavot). Ils estiment que la présence de cette toxine est de nature à expliquer certaines modalités de l'action physiologique de quelques médicaments tels que le lactucarium, le cannabis indica, etc.

PIERRE SÉE.

Emploi du permanganate de potassium dans l'empoisonnement par la morphine, par M. A. MAYOR (*Revue médicale de la Suisse Romande*, n° 5, 1907). — Le permanganate de potassium en solution faible (à 2 p. 1000 au maximum) serait, d'après M. A. Mayor, un médicament à recommander dans l'intoxication par la morphine : il détruit, en effet, cet alcaloïde pourvu qu'il puisse l'atteindre dans les premières parties du tube digestif.

Le permanganate ne semble pas néanmoins être plus efficace que le lavage de l'estomac. Le lavage agit d'une manière purement mécanique. On obtiendrait, d'après M. Mayor les résultats favorables en combinant les deux méthodes, même si le malade a absorbé la morphine depuis plusieurs heures.

L'auteur rappelle que d'autres praticiens tels que MM. Roch, Tissot, Fodera ont également obtenu de bons résultats en employant le permanganate de potassium. M. L. de Busscher, au contraire, déconseille ce médicament.

PIERRE SÉE.

Œdème des membres inférieurs dû à l'ingestion exagérée de bicarbonate de soude, par M. CLÉMENT (*Soc. nation. de méd. de Lyon*, 22 juillet 1907). — M. Clément cite le cas d'un malade qui présentait un œdème considérable des membres inférieurs, mais qui cependant n'avait pas de dyspnée d'effort. Le cœur était normal. Les urines n'étaient pas albumineuses, mais elles avaient une réaction franchement alcaline.

Le patient, pour combattre du pyrosis, prenait tous les jours de fortes doses de bicarbonate de soude. M. Clément, pensant que l'œdème était dû au bicarbonate, fit cesser le médicament. L'œdème disparut aussitôt. Le malade renonça à la médication alcaline, jugeant, disait-il, le pyrosis moins gênant que l'œdème des jambes.

PIERRE SÉE.

Action physiologique de quelques matières colorantes, par MM. Jean GAUTRELET et Henri GRAVELLAT (*Comptes rendus Acad. Sciences*, 24 juin 1907). — MM. Jean Gautrelet et Henri Gravellat ont étudié l'action qu'exercent, sur l'organisme, certaines couleurs d'aniline et divers colorants végétaux.

Ils divisent ces produits en deux catégories :

A. *Les colorants inactifs* (bleu marine, vert malachite, carmin d'indigo, garance, hématoxyline). Ils traversent l'économie sans y produire aucune modification.

B. *Les colorants actifs* (bleu de méthylène, violet de méthyle, éosine, rouge neutre). Ils produisent, dans l'organisme, les modifications suivantes :

1° Ralentissement de la nutrition ;

2° Diminution de la sécrétion rénale ;

3° Diminution des fonctions uropoiétique et glycogénique du foie.

Les auteurs ont enfin constaté une relativité entre la dose active et la dose toxique du colorant considéré.

PIERRE SÉE.

Cimicifuga racemosa, par M. FRENCH (*Med. Bulletin*, août 1907). — Le cimicifuga racemosa est une renonculacée de la tribu des ellébores, dont on emploie le rhizome et les radicelles. Elle fournit une résine impure, la cimicifugine, des acides tannique, gallique, une huile volatile, une matière colorante, du sucre, et des traces de sels minéraux. On n'y a encore découvert aucun alcaloïde. Les principes actifs sont pour la plupart contenus dans la cimicifugine. Les Indiens ont utilisé la plante dans le rhumatisme, l'aménorrhée, comme emménagogue et pour faciliter l'accouchement.

A petite dose le cimicifuga améliore l'appétit et la digestion, à dose élevées il accroît les sécrétions gastro-intestinales et bronchiques. Il augmente aussi les sécrétions cutanée et rénale. Les effets sur le cœur et la circulation ont été comparés à ceux de la digitale, mais sont moins prononcés. Il ralentit les battements du cœur et élève la pression artérielle.

A hautes doses il agit sur le système nerveux en produisant du vertige, des troubles de la vue, de la dilatation pupillaire, des nausées, des vomissements, de la céphalalgie. Le cimicifuga est emménagogue et détermine la contraction des fibres lisses de l'utérus.

Une des applications les plus anciennement connues du cimicifuga dérive de son action antirhumatismale. La teinture a été recommandée à la dose de dix gouttes toutes ces deux heures dans le rhumatisme aigu par King, en 1844. On l'a employée avec succès dans le rhumatisme du cœur, des muscles, dans les névralgies viscérales diverses, la pleurodynie.

Dans le rhumatisme son action est moindre lorsque les muscles sont atteints.

Son action thérapeutique est très nette dans la menstruation douloureuse ou imparfaite, dans l'aménorrhée et la dysménorrhée, dans tous les états congestifs et irritatifs de l'utérus et de ses annexes. Dans quelques-uns de ces cas on l'associera avec avantage avec l'aconit, la pulsatille, quand ces derniers médicaments sont indiqués.

Sur l'utérus gravide, le cimicifuga détermine des contractions intermittentes naturelles au lieu de la contraction persistante de l'ergot. Il stimule l'action normale de l'utérus, lorsque ces contractions sont faibles et irrégulières.

Comme antispasmodique on l'a employé dans la chorée et l'hystérie, dans l'asthme, la coqueluche, le delirium tremens.

Dans la fièvre le cimicifuga combat la céphalalgie, diminue la force et la fréquence du pouls, calme l'irritabilité.

Les principales préparations sont l'extrait qui se donne à la dose de 0,50 à 0,30 centigrammes, l'extrait fluide à la dose de V à XX gouttes, la teinture à la dose de X gouttes à quatre grammes; la cimicifugine se donne à la dose de 0,03 à 0,12 centigrammes.

L. JUMON.

La strychnine à hautes doses comme tonique, par le prof. TROISFONTAINES, (*Gaz. méd. belge* 3 juillet 1907). — La strychnine, d'après le professeur Troisfontaines, doit être employée à des doses beaucoup plus élevées que celles que l'on prescrit d'habitude. Cet alcaloïde donnerait alors des résultats thérapeutiques meilleurs que ceux obtenus jusqu'à présent, comme le prouvent les cas suivants.

L'auteur, pour lutter contre le surmenage, a pris lui-même, en trois doses, aux repas, 15 milligrammes pendant trois semaines, 24 milligrammes pendant dix-neuf jours, 15 milligrammes pendant quinze jours. Il absorba donc, au total, 5 gr. 550 de strychnine.

De même le professeur Troisfontaines a guéri un œdème aigu du poumon, chez un goutteux, en prescrivant en une fois 20 milligrammes de sulfate de strychnine par voie hypodermique. La strychnine fut continuée à doses fractionnées, d'heure en heure, jusqu'à ce que la crise d'œdème pulmonaire eût cessé.

L'auteur administra également à un enfant d'un mois, atteint d'une bronchite grave, la dose quotidienne, par voie sous-cutanée, de 2 milligrammes de sulfate de strychnine. Cette thérapeutique, continuée pendant six jours, guérit le malade.

Enfin ce praticien a relevé l'état général de deux vieillards très affaiblis (l'un avait 82 et l'autre 87 ans), par l'usage de la strychnine à la dose quotidienne de 9 à 24 milligrammes.

PIERRE SÉE.

La méthode plasmothérapique, par Piot (*Thèse de Lyon*, 1907). — La plasmothérapie est constituée par l'emploi thérapeutique du seul contenu protoplasmique des cellules de l'organisme; cette substance a reçu le nom d'hémoplase. Elle a une toxicité insignifiante et son hémoglobine s'absorbe très facilement : aussi a-t-elle dans toutes les anémies (sauf les anémies pernicieuses, que l'auteur n'a pas soumises à l'expérimentation) une supériorité marquée sur les procédés thérapeutiques usuels. C'est, en somme, un stimulant énergique, relevant l'appétit, les forces, le poids, combattant même chez les bacillaires la toux, les sueurs profuses, etc.

L'hémoplase est indiquée dans tous les états de déchéance organique, quelle qu'en soit la cause (chlorose, cancer, tuberculose, paludisme, neurasthénie, etc.) : il n'y a pas de contre-indication, sauf dans les cas avancés de tuberculose et dans le diabète grave.

On injecte, pendant une période de 6 à 7 semaines et plus, dans le tissu musculaire, deux fois par semaine, 10 centimètres cubes de la solution : ces injections sont d'une innocuité absolue, parfaitement tolérées et rapidement absorbées.

E. Vogt.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

IIIe Congrès International pour l'assistance des aliénés. — Ce Congrès aura lieu à Vienne, les 7-11 octobre 1908, sous la direction de M. le professeur Obersteiner, conseiller aulique.

Les déclarations d'adhésions, de rapports et de démonstrations doivent être adressées jusqu'au 1er juillet 1908, au secrétaire général docent MM. Alexandre Pilcz, Wien IX, Lazarettgasse, 14, qui donnera tous les renseignements voulus.

Les détails du programme seront publiés plus tard.

Le Legs du docteur Grancher. — Sous la présidence de M. Cheysson, membre de l'Institut, son vice-président, le conseil d'administration de l'Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose vient de se réunir chez Mme Grancher. Lecture a été donnée de la clause du testament du professeur Grancher, léguant à l'œuvre la somme nécessaire à l'achat d'un titre de rente de 20,000 francs.

Mme Grancher, qui tient plus que jamais à se consacrer au succès de l'œuvre de son mari, a été nommée membre et vice-présidente du conseil d'administration.

Le docteur Roux, directeur de l'institut Pasteur, a accepté la présidence de la société dont il fut un des fondateurs et dont il est toujours resté un des collaborateurs les plus actifs. Le docteur Faisans, un des élèves préférés de Grancher, reste chargé de l'organisation médicale.

Par suite, le conseil d'administration se trouve ainsi composé : président, le docteur Roux; vice-présidents, Mme Grancher, MM. Léon Bourgeois, Émile Cheysson et le docteur Faisans.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveau Traité de chirurgie, publié en fascicules sous la direction de A. Le Dentu, professeur, et P. Delbet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Vient de paraître : *Maladies des muscles, aponévroses, tendons*, tissus péri-tendineux, bourses séreuses, par L. Ombredanne, chirurgien des hôpitaux de Paris. — 1 vol. grand in-8 de 198 pages, avec 45 figures. Broché, 4 fr.; cartonné, 5 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Le fascicule actuel, signé de M. Ombredanne, continue heureusement la série. Le *Nouveau Traité de chirurgie* demeure au premier rang et à la place d'honneur des bibliothèques médicales. Les pages que M. Ombredanne consacre aux maladies des muscles, aponévroses, tendons, sont excellentes au point de vue clinique. De-ci, de-là, une plus grande étendue pourrait être réservée au traitement (électricité dans les cas de rupture musculaire). Et puis, il ne conviendrait pas non plus de multiplier les complications de technique opératoire. Sans doute, dans les hygromas suppurés, un chirurgien soigneux pourra racler à la curette les parois de la poche pour la déterger complètement. En pratique, l'incision large est le plus souvent suffisante. C'est à elle que se tient le praticien, et elle lui suffit pour guérir ses malades.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Le Fichier sanitaire à l'école, par les Drs S. Bernheim et L. Dieupart, de Paris (*Congrès international d'hygiène scolaire.*) (Londres, 5 août 1907.) — Les auteurs ont ouvert un referendum sur cette question et reproduisent dans leur travail la réponse d'un grand nombre de médecins inspecteurs des écoles. Ils déclarent avec la plupart de leurs confrères qu'une inspection même bien faite, même sévère, ne suffit pas pour protéger le jeune élève, ses camarades et ses maîtres. Il est indispensable que chaque individu, enfant ou adulte, qui fréquente l'école, le cours ou le lycée ait son fichier sanitaire. Ce casier sera tout à fait confidentiel et ne sera porté qu'à la connaissance du médecin inspecteur ou des parents de l'intéressé. Dans le cas où l'enfant vient à changer d'école, son livret sanitaire sera transmis par la famille ou par le médecin directement à l'autre médecin inspecteur. Ce fichier sanitaire aura une grande importance pour l'enfant dont on connaîtra exactement la santé et la puissance de travail. De cette façon on n'exigera pas de lui, comme cela arrive trop souvent, des efforts incompatibles avec sa santé; on le dirigera aussi vers telle carrière adéquate à sa constitution et à ses aptitudes. En cas de maladies transmissibles, en cas de menace de tuberculose, on éloignera pendant un certain temps le jeune être de l'école afin de le guérir et surtout de ne pas contaminer ses jeunes camarades. Plus tard, ce fichier sanitaire sera également utile à l'adulte qui pourra le présenter au moment du service militaire et s'éviter ainsi de gros ennuis. Ce casier sera pour lui une pièce officielle et d'authenticité sanitaire.

MM. Bernheim et Dieupart ont observé dans le personnel enseignant un grand nombre de tuberculeux qui sont une menace constante pour les jeunes êtres au milieu desquels ils vivent. Pour eux aussi, le fichier sanitaire est indispensable.

Ces auteurs pensent enfin que l'inspection sanitaire des écoles sera plus efficace, parce que les médecins inspecteurs seront obligés ainsi d'établir une véritable comptabilité qui devra être toujours tenue à jour. Par ce fait, le casier individuel entraînera donc une amélioration immédiate et profonde de toute l'inspection sanitaire de l'école.

Le plancher, principal facteur des maladies dans les écoles, par le Dr S. Bernheim, de Paris. (*Congrès international d'hygiène scolaire.*) (Londres, 5 août 1907). — L'auteur pense que dans les grands établissements collectifs, et particulièrement dans les milieux scolaires, les moindres détails de construction doivent être l'objet des préoccupations des architectes et des hygiénistes en vue de la prophylaxie des maladies transmissibles et de la bonne santé des élèves et des maîtres. C'est ainsi que la lumière doit y pénétrer à profusion par de vastes et larges baies et que les murs et les plafonds seront recouverts de peinture vernissée facilement lavable. L'orientation et l'emplacement de la construction jouent également un très important rôle sanitaire.

Mais au-dessus de ces desiderata, et à leur tête, comme rang d'importance hygiénique, se trouve le parquet. Suivant que ce plancher est uni, non disjoint, facile à nettoyer et à entretenir, l'établissement est plus ou moins sain et présente plus ou moins de sécurité pour les élèves. Plus un parquet est en mauvais état, plus la salle d'école fournit un grand nombre de malades. M. Bernheim a examiné les poussières contenues dans plusieurs parquets usés de vieux édifices et il y a trouvé, entre les lamelles, de nombreuses et diverses bactéries dangereuses. Avec quelques échantillons de ces poussières prélevées dans de vieilles écoles très malsaines et mal entretenues, l'expérimentateur a même pu produire la tuberculose chez les cobayes inoculés.

M. Bernheim condamne sévèrement tous ces parquets meurtriers et il estime qu'on devrait les détruire et les remplacer par des planchers unis et facilement lavables. On dispose aujourd'hui de certains produits élastiques, comme la podolite, à base d'amiante, d'un bel aspect, d'une grande élasticité. Ces parquets d'amiante sont incombustibles et offrent ainsi une grande sécurité parce qu'ils forment pour ainsi dire des cloisons étanches en cas d'incendie. Enfin, ils simplifient la construction des nouveaux établisse-

[illegible]

Contribution apportée par les recherches chimiques à l'étude du saturnisme [illegible] — M. [illegible] le préparateur [illegible] par ses nombreuses expériences — et [illegible] par la clinique — dans l'étude du saturnisme.

Pour ce qui concerne le saturnisme, ce sont précisément des constatations chimiques qui ont levé à maintes reprises les doutes et éclairé définitivement l'étiologie d'entités morbides attribuées d'abord aux causes les plus diverses. Rien n'est plus [illegible] à cet égard que l'histoire concernant les diverses variétés de coliques sèches [illegible] que métallique, [illegible] de Poitou, colique sèche des marins, épidémies causées par les eaux plombifères, etc.

Dans une série de recherches qui ont nécessité le dépouillement d'une foule de documents historiques ainsi que l'exécution de plus d'un millier d'analyses [illegible] l'auteur a essayé de répondre quelques-uns des problèmes étiologiques, pathogéniques et thérapeutiques que soulève l'étude clinique du saturnisme.

Les constatations faites au cours de ce travail permettent de tirer des conclusions très voisines de celles que paraissent imposer les études purement cliniques. Elles conduisent en particulier à considérer le plomb comme un poison frappant plus particulièrement le système nerveux dans son élément noble (*la substance grise des centres nerveux*) et attaquant le système sanguin dans les organes hématopoïétiques (*foie, rate, moelle osseuse*) ainsi que dans ses éléments figurés.

Par la persistance de ses localisations électives et la lenteur de son élimination, le plomb vicie la nutrition, modifie lentement la minéralisation biologique du sujet et prépare ainsi une sorte de *sénilité précoce*. Cette déchéance irrémédiable de l'organisme frappe de préférence les dégénérés de tous ordres que leur constitution prédispose à jouer vis-à-vis du plomb le rôle de *véritables réactifs physiologiques*.

L'auteur insiste également sur quelques faits intéressants concernant l'*élimination du plomb par les phanères* et la notion du *plomb normal*. Il envisage les théories qui peuvent être émises sur le mécanisme d'action immédiate et médiate du plomb et sur les processus d'élimination. Il expose ensuite les méthodes qu'il convient d'adopter pour l'étude rationnelle de la toxicologie du plomb.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE

PAR LES

Dr E. BOUCHUT & A. DESPRÉS

Septième édition, mise au courant des derniers Progrès de la Science

Par les Dr **G. Marion** et **F. Bouchut.**

Magnifique vol. de 1590 pages in-8° sur deux colonnes, avec 1097 gravures dans le texte. *Indispensable aux Familles.*

Prix : BROCHÉ, **25** FR. ; — RELIÉ, **30** FR.

Le *Dictionnaire de Médecine et de Thérapeutique médicale et chirurgicale* des Docteurs BOUCHUT et DESPRÉS se trouve depuis nombre d'années entre les mains de tous les Médecins et Chirurgiens et de tous ceux qui ont à s'occuper des malades, dans les pharmacies, hôpitaux, infirmeries et maisons de santé.

La septième édition de ce Dictionnaire, l'un des plus pratiques et des plus utiles, vient d'être publiée par les soins de MM. les Docteurs MARION, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, et Fernand BOUCHUT.

On y retrouvera, mises au courant des découvertes de la science, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontotechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, et *un formulaire spécial pour chaque maladie*. 1097 gravures ornent ce superbe ouvrage de 1590 pages gr. in-8° imprimé sur deux colonnes.

TRAVAUX ORIGINAUX

La sidération électrique dans le traitement du cancer, (1)

par M. le Dr DE KEATING-HART (de Marseille).

Le mot de *sidération* est un terme d'attente, dont la justesse a été avec raison contestée, parce qu'il ne résume pas tous les éléments du traitement électro-chirurgical du cancer. *Sidération*, en effet, est définie par le nouveau Larousse « choc nerveux qui résulte d'une variation brusque du potentiel électrique ». Or, s'il est vrai que cette action comprend une part des effets recherchés, elle est insuffisante à les renfermer tous.

Pour réaliser la sidération électrique, on se sert de l'appareil producteur des courants dits de haute fréquence et de haute tension. Un courant issu d'accumulateurs puissants ou de générateurs urbains actionne un transformateur (bobine de 40 à 50 centimètres d'étincelle ou *meuble de Gaiffe*, etc.) muni d'un interrupteur rapide.

Les pôles du transformateur sont reliés aux armatures internes de deux condensateurs à diélectriques aussi résistants que possible. Les armatures externes des condensateurs sont elles-mêmes rejointes, la première à l'extrémité inférieure, la seconde à l'un des tours de spire d'un solénoïde qui porte le nom de résonateur d'Oudin.

Le courant de plus ou moins basse tension de la source arrive, interrompu, dans l'inducteur de la bobine, faisant naître dans l'induit des courants de potentiel déjà élevé. Les armatures rapprochées des deux condensateurs laissent alors jaillir entre elles des étincelles, qui provoquent des variations violentes et extrêmement rapides de potentiel. Sur les armatures internes et leur circuit fermé, ces mêmes variations ont, pour contre-coup, des oscillations de très haute tension dans la portion libre du résonateur au bas duquel elles circulent.

A la condition de régler expérimentalement la situation du fil qui retourne à l'un des condensateurs, on obtient à la partie supérieure du résonateur une étincelle longue de plusieurs centimètres et très fournie : C'est elle qui va nous servir dans le traitement du cancer.

Or, cette étincelle, d'une tension très élevée (elle se calcule par centaines de mille volts), mais d'une intensité faible, possède une grande puissance de destruc-

(1) Conférence faite le 28 juin 1907, dans le service de M. professeur Pozzi, à l'hôpital Broca

tion sur les tissus vivants ; mais l'ébranlement qu'elle donne à l'organisme ne s'étend pas loin de l'endroit qu'elle frappe et tue des groupes importants de cellules sans mettre en danger l'être tout entier.

La peau saine, à son contact, subit une série de transformations dont l'étude a déja fait l'objet de publications de ma part, et que je résumerai ainsi : d'abord ischémie durable des tissus frappés, puis formation d'une phlyctène et plus tard d'une escharre, laquelle est tantôt sèche, tantôt humide selon le mode d'application, mode sur lequel je reviendrai du reste.

Les tissus sous-jacents à l'escharre semblent stupéfiés pendant un certain temps : l'escharre tombe ensuite et la réparation se fait avec une étonnante rapidité par la formation d'une cicatrice saine, souple et dont les caractères tout spéciaux seront l'objet d'un prochain travail. Qu'il suffise de savoir que j'ai déterminé sur les oreilles d'un même lapin des solutions de continuité par divers procédés chimiques, thermiques, chirurgicaux et électriques et que ces dernières ont cicatrisé dans une espace de temps beaucoup plus court que les autres.

Mais avant de cicatriser, l'étincelle a un pouvoir éliminateur qu'une expérience deux fois renouvelée par moi met en lumière d'une façon, à mon avis, saisissante. Nous savons combien certaines radiodermites sont longues à guérir et que les escharres y séjournent presque indéfiniment. J'ai hardiment couvert deux de ces plaies atones et douloureuses d'étincelles de haute tension et à chaque fois j'ai vu, en même temps que les douleurs disparaître, les tissus morts se détacher et une belle et rapide cicatrisation s'établir.

Avec de tels effets sur la cellule vivante en général, quelle action l'étincelle de haute tension aura-t-elle sur les formations néoplasiques ?

Mais avant d'établir nettement le mode de guérison du cancer, il faudrait que la nature et l'étiologie en eussent été fixées. Or, nous le savons, rien n'est plus obscur encore, et nulle théorie ne peut pour le moment prétendre à résoudre toutes les complexités du problème. Mais un fait demeure désormais indiscuté, c'est que le cancer traité localement est curable, et la chirurgie, les caustiques chimiques aussi bien que la radiothérapie ont tous donné d'indéniables guérisons.

Malheureusement chacune de ces méthodes a ses inconvénients ; la nécessité d'une intervention large et précoce rend trop souvent la première impuissante, la seconde est longue, douloureuse, toxique et n'est applicable qu'à un nombre restreint de cas. Quant à la troisième, ses effets sont souvent trop superficiels, en même temps que, non éliminatrice, elle laisse dans l'organisme les masses plus ou moins détruites qu'elle a pu atteindre.

Destructrice, stupéfiante, éliminatrice, non toxique, l'étincelle m'a paru être un moyen d'exérèse particulièrement heureux et c'est la raison qui m'a poussé à tenter son emploi.

Si j'ajoute qu'elle est hémostatique jusqu'à permettre des curettages de langues et d'utérus épithéliomateux, sans hémorragies immédiates ni secondaires ; qu'elle atténue le plus souvent la douleur au point de la supprimer et paraît à

égalité d'application avoir un pouvoir destructeur électif de la cellule cancéreuse, on pourra comprendre les remarquables résultats dont je vous soumettrai tout à l'heure quelques exemples, et qu'elle m'a donnés depuis trois ans bientôt que durent mes expériences.

Mais l'étincelle n'a point une action très profonde ou du moins faut-il, pour l'obtenir, des applications prolongées ; en outre on doit la porter directement sur les régions malades et ainsi se justifie le qualificatif d' « électro-chirurgicale » que j'ai donné tout d'abord à ma méthode.

De la chirurgie, en effet, elle n'a pas seulement l'*anesthésie générale* (absolument nécessaire, car l'étincelle est douloureuse), la violence directe exercée sur les tissus et leur destruction. L'instrument tranchant intervient lui-même, soit pour éliminer les masses modifiées et présenter leur profondeur à l'étincelle, soit surtout pour lui préparer des voies d'accès jusqu'aux recoins cachés et parmi les organes délicats où s'insinuent souvent les racines du mal.

Aussi peut-on dire que cette méthode, loin d'enlever à la chirurgie proprement dite le traitement des cancers, lui rend ceux mêmes qu'elle abandonnait, en faisant opérable ce qui naguère ne l'était plus.

Comment, en effet, sidérer un sein néoplasique des ganglions axillaires dégénérés, un larynx cancéreux, sans qu'un bistouri expert n'ait mis à nu le mal, en écartant du chemin de l'électrode peau, vaisseaux, nerfs, organes importants de toute sorte, sans qu'ensuite une main chirurgicale ne rapproche les tissus sains, après les avoir séparés des autres ? Une chirurgie nouvelle, beaucoup plus conservatrice dans les cas actuellement opérables, et beaucoup plus audacieuse pour les autres et pour les récidives peut en surgir, s'il est démontré que, sans enlever même toutes les parties lésées, on peut, quand intervient l'étincelle, obtenir des guérisons durables ou de notables et suffisants soulagements.

Je ne saurais, sans imprudence, prétendre encore avoir obtenu des *guérisons définitives* : seul, l'avenir permettra de les affirmer ou de les nier. Mais j'ai observé des *guérisons apparentes*, survenues depuis un temps assez long, dans des cas où la chirurgie se refusait à intervenir et avec des exérèses notoirement insuffisantes ; j'ai vu aussi des améliorations nombreuses, hémostases et analgésies et des prolongements importants de vie dans d'autres cas absolument désespérés.

Les résultats sont naturellement très différents, suivant la gravité du mal, sa nature, son siège, son étendue, suivant aussi l'état général du malade.

Quelques exemples feront connaître la qualité des effets observés depuis le début de mes recherches.

Suivant l'espèce, on peut tendre à deux sortes de résultats : quand il est possible d'atteindre le mal jusqu'en sa profondeur, la cicatrisation saine s'en réalise, et ce que j'appelle la *guérison apparente* s'établit ; quand, au contraire, comme dans les cancers avancés de la langue et de l'utérus, les masses néoplasiques sont trop importantes et l'infiltration du tissu trop lointaine, il faut se contenter d'améliorations et pratiquer plusieurs séances. Peu à peu, alors, il semble que l'évo-

lution de la tumeur se fasse moins rapide et moins grave, et qu'elle tende à affecter les allures d'un néoplasme bénin, l'état général se relevant, l'appétit devenant meilleur, les douleurs s'atténuant ou disparaissant.

Ces généralités dites, étudions les cas particuliers.

Les cancroïdes de la face ont jusqu'ici toujours donné les plus beaux succès. Tant de méthodes ont réussi contre eux que je n'en parlerais pas, si certains cependant ne méritaient une mention spéciale. Chez une femme, entre autres, à moi conduite par le Dr Pujol, de Marseille, dont le mal avait envahi le nez, l'angle de l'œil et les paupières, en masses bourgeonnantes et ulcérées, la guérison sans rétraction ni déformation a été obtenue en vingt jours, après une seule application électrique accompagnée de curettage. Or le bistouri ne pouvait intervenir là sans déterminer de trop grandes déprédations et les rayons X, d'une application presque impossible à cause de la présence de l'œil et dans une région où ils échouent souvent, auraient mis longtemps avant d'obtenir un tel résultat si même ils y étaient parvenus.

Les cancroïdes des muqueuses ont, eux aussi, donné des succès. Une malade du Dr Aynard (de Marseille), porteur d'une tumeur ayant envahi les deux lèvres, le sillon naso-génien et le menton, et ayant évolué en trois mois, a vu ses affreuses douleurs disparaître et ses lésions cicatriser sans récidive actuelle, malgré la persistance d'indurations autour de la région frappée. Une autre, opérée de concert avec le Dr Rathelot pour un épithélioma de la lèvre inférieure est depuis de nombreux mois en état de guérison, sans exérèse et sans cicatrice.

Epithéliomas térébrants, encéphaloïdes de la peau adhérents aux os ont apporté aussi de beaux résultats à ma méthode.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme atteinte d'un énorme carcinome frontal, en forme d'aubergine, descendant du sommet du crâne aux sourcils qu'il abaisse. Vue par les Drs Roux de Brignoles et Juge, chirurgiens des hôpitaux de Marseille, qui refusent après examen histologique de l'opérer, cette tumeur, qui a évolué en trois mois sur une première excroissance opérée auparavant est en janvier dernier traitée par moi avec l'aide du Dr Saïas (de Marseille). Sous les masses enlevées, nous trouvons une surface osseuse rongée et ravinée. Un mois et demi après le curettage et la sidération, l'ancienne lésion présentait l'aspect d'une cicatrice souple, à peine adhérente, de couleur rosée, que l'on devine plutôt qu'on ne la voit. Voilà six mois de cela.

Les grands cancers des muqueuses linguale, utérine et intestinale que j'ai eu à traiter étaient tellement avancés que je n'ai pu, pour la plupart, que les améliorer. Je citerai cependant l'histoire d'un cancer du rectum, volumineux, à évolution rapide, accompagné de désordres généraux et locaux graves et que j'ai opéré en novembre 1906 en présence de MM. le professeur Laget et Rathelot, par sidération et curettage. Depuis lors, état général et état local sont parfaits. L'examen histologique, fait par le Dr Hawthorn (de Marseille), avait pourtant révélé la nature particulièrement maligne du mal.

Les cancers du sein sont, avec ceux de la peau et des os, les tumeurs sur qui

le traitement chirurgical obtient les effets les plus remarquables: régression et cicatrisation d'énormes encéphaloïdes, *disparition spontanée* et post-opératoire de nodules cancéreux de la peau voisins de la tumeur et non touchés par l'étincelle, ganglions abandonnés dans l'aisselle et n'évoluant plus, tels sont les effets que j'ai pu voir se réaliser et se maintenir depuis dix et même seize mois, malgré de très insuffisantes exérèses.

Une dame C..., vue par les Drs Marnac, Daniel, Juge, etc., et considérée enfin comme inopérable, est en ce moment en excellent état de santé, malgré les adhérences de son ancien et volumineux encéphaloïde avec les côtes et le pectoral voisin, les douleurs intolérables qu'elle ressentait et le teint autrefois caractéristique de son visage. J'ajoute qu'elle a conservé la moitié de sa glande mammaire, et qu'on n'a ni évidé l'aisselle, ni enlevé le pectoral, ni même gratté les côtes. L'examen histologique, enfin, fait par M. le professeur Alezais (de Marseille), avait confirmé le diagnostic de carcinome du sein ayant envahi le tissu musculaire.

Les trois seuls cas de lympho-sarcomes traités par moi étaient trop graves pour que j'en aie pu obtenir autre chose que des améliorations, tels que la suppression des douleurs et des hémorragies et par suite la prolongation de la vie. Je signale cependant la fonte purulente, obtenue tout de suite, des masses néoplasiques qui se détachaient, disséquant les parties saines au fond de la plaie.

Tels sont, forcément résumés, les résultats obtenus par ma méthode. En voici maintenant la technique.

L'ordre opératoire comporte en général trois ou quatre temps selon que la tumeur est à découvert ou non. Les tissus superficiels sont-ils sains et conservables? Le chirurgien commence par ouvrir la peau, met à nu le mal. Ensuite l'électricité intervient pour ramollir les tissus néoplasiques et favoriser l'hémostase. Puis le bistouri ou la curette enlève tout ce qui se peut des lésions, après quoi l'étincelle frappe à nouveau pour modifier et détruire ce qui reste et former une barrière réactionnelle sur les tissus sains.

Mais comment mesurer la quantité électrique employée et la durée de son application? Grande difficulté pratique que n'atténue pas l'absence d'instrument scientifique destiné à calculer le courant échappé au résonateur. Le courant est très inégal suivant l'instrumentation employée. La mienne est, en général, la suivante: courant continu de ville à 220 volts, interrupteur à turbine, bobine de 40-50 centimètres d'étincelle, condensateur à pétrole, le tout réglé à leur maximum de rendement. Le milliampèremètre spécial de Gaiffe, mis dans le circuit, ne donne d'indications intéressantes que pour un même appareillage et pour comparer un moment à un autre.

Pour la durée des applications, la difficulté n'est pas moins grande : selon la qualité du néoplasme, mou et végétant, ou dur et profond, suivant son épaisseur, son étendue et son voisinage, il réagit d'une façon différente, et seule l'habitude acquise du doigt et de l'œil permet d'obtenir tout l'effet désirable, sans le dépasser, et le temps d'action peut varier de quelques minutes à une heure et davantage. Un livre entier suffirait à peine à l'établissement des règles particulières à chaque cas.

Les appareils décrits au début ne sont que des producteurs du courant. J'ai dû, pour conduire celui-ci jusqu'au malade, adopter des dispositifs spéciaux dont voici le détail.

Un fil de deux ou trois mètres s'attache à la borne du résonateur : de là, il passe sur une potence en bois, dominant la table d'opération, *en bois* elle aussi : opérateur et opéré seront ainsi à l'abri des étincelles aberrantes.

L'électrode construite sur mes indications est constituée d'un cylindre isolant creux dans lequel glisse une tige métallique graduée en centimètres et de même longueur. Le mode d'emploi en est simple ; le bec du cylindre étant approché de la partie à frapper, on fait sortir par l'extrémité opposée une certaine longueur de la tige graduée ; le nombre des centimètres que l'on pourra lire ainsi représentera la longueur d'étincelles employées.

En outre, un appareil de soufflerie (pompe, soufflet, ou mieux, un tube d'acide carbonique liquide) fait passer constamment un courant gazeux froid dans le cylindre. Par ce moyen, la colonne d'air traversée par l'étincelle est continuellement renouvelée, ce qui empêche l'échauffement de l'air, la combustion du bec de l'instrument et le mélange d'effets calorifiques à l'effet électrique. La qualité de l'escharre en est modifiée sensiblement : l'étincelle chaude la fait sèche, dure et douloureuse, c'est le contraire avec l'étincelle froide. J'attache la plus grande importance à ce dispositif, les raisons en sont nombreuses, mais leur exposé dépasserait le cadre nécessairement restreint de cette communication.

Traitement des nævi vasculaires (taches de vin) par le radium, (1)

par MM

Louis Wickham,
Médecin de Saint-Lazare,
ex-chef de clinique de la Faculté,
à l'hôpital Saint-Louis.

et

Degrais,
Chef de laboratoire
à l'hôpital Saint-Louis.

Les études que nous avons entreprises depuis plusieurs années sur le radium nous ont permis de considérer ce corps radio-actif comme doué de propriétés thérapeutiques fort sérieuses.

Au contact des rayons invisibles qu'il émet, les tissus se modifient ; certaines productions bourgeonnantes semblent véritablement fondre, certaines ulcérations se cicatrisent, certaines inflammations chroniques cèdent et disparaissent.

Aussi, avons-nous pu établir dans des communications à la Société française de

(1) Communication à l'Académie de médecine. Séance du 8 octobre 1907.

dermatologie et au Congrès de Reims, des conclusions favorables au radium dans le traitement des épithéliomas cutanés et de certaines formes rebelles d'eczéma, de prurigo, de névrodermites et de psoriasis.

Mais, encore, comme il est reconnu que l'action du radium s'exerce sur les vaisseaux capillaires pour les oblitérer, il semblait tout indiqué d'utiliser cette action pour le traitement des nævi vasculaires dénommés communément « taches de vin ».

Ce sont précisément les conclusions d'une étude sur ce sujet que nous avons l'honneur de soumettre aujourd'hui à l'Académie.

Les photographies aquarellées que vous avez entre les mains, et celle que je montre ici, représentent différents types cliniques relevés dans la série que nous avons étudiée. Elles montrent divers degrés allant de la tache de vin plate, de niveau avec la peau, et superficielle, jusqu'à traverser une joue entière, soit à l'extérieur jusqu'à former une véritable tumeur angiomateuse érectile.

Les résultats thérapeutiques que vous voyez sur les photographies juxtaposées ont été obtenus par un mode opératoire assez simple : par l'application directe des appareils sur la tache.

Ces appareils sont plats et, à leur surface, le sel de radium est fixé par un vernis ; les rayonnements qui filtrent au travers du vernis varient de puissance selon la quantité et l'activité du sel incorporé et selon l'épaisseur du vernis.

Cette radiation filtrée, dite extérieure, étant connue et analysée par des électroscopes spéciaux, il ne reste plus pour la pratique qu'à savoir combien il faut de temps pour que telle ou telle puissance de radiation extérieure appliquée sur telle ou telle variété de tache détermine la réaction thérapeutique nécessaire et suffisante.

Voici un exemple d'appareil d'extrême puissance, il contient 20 centigrammes de sel, d'activité 500.000. Sa radiation extérieure est de 300.000 et comporte 10 p. 100 de rayons α, 80 p. 100 de rayons β, et 10 p. 100 de rayons γ. Appliqué une ou deux minutes tous les deux ou trois jours il agit sans déterminer de réaction visible. Une demi-heure d'application en une séance produit une exulcération.

Et ainsi peut être classée et cataloguée la puissance d'action de tous les appareils dont on se sert.

Pour le traitement des nævi plats et superficiels, il suffit de produire une réaction exulcérative légère; mais pour ceux qui sont plus profonds il faut agir plus fortement. Pour ceux, au contraire, qui proéminent et forment saillie, on peut adopter des applications de doses faibles et souvent répétées qui agissent sans déterminer de réaction visible.

C'est ainsi qu'a été traitée la grosse tumeur érectile siégeant au milieu du front chez un bébé dont la photographie est entre vos mains. Cette lésion, qui avait 2 centimètres de saillie sur 2 centimètres de base, nous a été adressée par le Dr Gastou vers le mois de mars. Actuellement elle est effacée, décolorée, et jamais nous n'avons poussé jusqu'à l'exulcération.

Mais voici deux points sur lesquels nous devons insister, à savoir : 1° la valeur des tissus de réparation et 2° le caractère absolument indolore du traitement.

En ce qui concerne la valeur des tissus de réparation, l'histologie est d'accord avec l'observation clinique. Le Dr Dominici, mon collègue au Laboratoire biologique du radium, a montré que les cellules, sous l'influence des rayons du radium reprennent leur état embryonnaire, mais sans être l'objet des altérations qui accompagnent les inflammations habituelles. Il s'ensuit un processus embryonnaire simple, dépouillé de tout ce qui peut gêner la réparation.

Et la clinique montre en effet des tissus de réparation qui ne méritent pas le nom de cicatrices; ceux-ci sont souples, unis, lisses, sans dépression, ni brides fibreuses, sans tiraillements sur les tissus voisins. Ils ne diffèrent de la peau normale que par l'absence de granité et par une coloration plus claire, plus blanche, parsemée parfois de quelques éléments rares de télangiectasie.

C'est du reste cette propriété de réparation esthétique si particulière au radium que nous avons mise à profit dans le traitement des cicatrices vicieuses, déformantes, surtout celles qui accompagnent les écrouelles.

Le second point, l'absence de douleur, est précieux à retenir. Non seulement il permet d'agir sur de larges surfaces, mais il rend aussi le traitement très facile chez les individus pusillanimes, chez les enfants, même en bas âge.

Les applications peuvent en effet se faire pendant leur sommeil et les réactions ultérieures ne déterminent rien plus qu'une légère cuisson passagère très supportable.

Cette qualité du traitement par le radium était facile à prévoir, puisque les rayons ont des propriétés nettement analgésiques, comme en témoigne leur action dans les dermatoses prurigineuses, les névralgies, les hyperesthésies superficielles qui suivent le zona.

Nous croyons donc pouvoir conclure dans le traitement des nævi vasculaires à la supériorité du radium sur les autres moyens, même sur l'électrolyse.

En effet, ce qui gêne et arrête dans l'emploi de l'électrolyse, c'est la douleur et le nombre des opérations nécessaires. Aussi ne peut-on guère en pratique utiliser ce moyen pour les enfants, ou les taches trop étendues.

Mais il y a plus : même théoriquement, le traitement par l'électrolyse ne peut prétendre à agir dans certains nævi profonds.

Voici, par exemple, la photographie d'une jeune fille atteinte à la face d'un nævus vasculaire, à ce point profond qu'il traversait l'épaisseur entière de la joue et colorait même la couche muqueuse buccale. Mon maître et ami le Dr Brocq, en m'adressant cette jeune fille au mois de mai, me dit qu'il considérait cette forme comme absolument incurable.

Telle était bien aussi, alors du moins, ma conviction.

Une seule place au milieu de la joue fut tout d'abord soumise aux rayons.

Voici l'appareil qui nous a servi pour cette place ; il a été appliqué 5 heures.

Cette aquarelle représente la réaction qui a suivi.

Et voici maintenant l'état actuel.

La place traitée est décolorée, lisse, unie et souple, mais ce qu'il importe de savoir c'est que l'action s'est produite à travers tous les tissus et que la muqueuse buccale s'est, elle aussi, décolorée sur la région correspondante.

Depuis peu, d'autres places viennent d'être entreprises et sont, comme le montre l'aquarelle, en état de réaction.

L'avenir montrera jusqu'où définitivement peut s'étendre l'action du radium dans le traitement des nævi, mais ce dernier exemple recule singulièrement les limites auxquelles nous avions cru tout d'abord devoir nous arrêter. Nous pouvons déclarer **aujourd'hui que le radium peut être utilisé avec avantage, et à des degrés divers, dans toutes les formes de taches vasculaires, même celles dites jusqu'ici incurables, en spécifiant toutefois que les formes les plus justiciables du traitement sont celles qui sont les plus colorées et qui font quelque saillie.**

Un mot encore.

Ces conclusions venant s'ajouter à celles qui ont été d'autre part établies dans le domaine des applications directes à la peau, marquent donc d'une façon définitive l'existence, dans les rayons du radium, d'une énergie curative, puissante et multiple, utilisable dans la pratique.

Dès lors, n'est-on pas en droit d'espérer plus encore d'une telle énergie, si celle-ci pouvait être introduite dans l'économie ?

Or, c'est là un espoir qui n'est point actuellement sans base ; nous avons pratiqué nombre d'injections sous-cutanées et intra-musculaires de solutions contenant du radium comme l'eau radifère ou l'huile grise radifère dans le traitement de la syphilis et nous avons constaté que nos injections étaient bien supportées, du moins aux doses utilisées. Nous avons d'autre part obtenu par ces procédés certains résultats favorables qui ont été présentés à la Société de dermatologie.

Il est vrai que cette question de la pénétration dans les tissus de solutions radio-actives est fort complexe. Elle comporte l'étude clinique d'énergies nouvelles, celle du gaz appelé : Émanation et celle de la radio-activité induite qui en dérive. Aussi de telles études ne peuvent-elles espérer progresser que lentement et à la double condition d'être très étroitement aidées par la collaboration de laboratoires de physique, de chimie, de médecine expérimentale et d'avoir à leur disposition les éléments de recherches nécessaires.

Ces conditions nous les avons trouvées réunies au laboratoire biologique du radium. Elles nous ont paru constituer des éléments d'études du plus haut intérêt et nous ont conduits à y poursuivre nos recherches.

Le sérum antidysentérique polyvalent (1),

par MM. P. Coyne et B. Auché.

Le complexus symptomatique de la dysenterie n'est pas toujours déterminé par le même agent pathogène : il y a *des dysenteries* et non pas seulement *une dysen-*

(1) Travail du laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Bordeaux. Communication à l'Académie de médecine, 2 octobre 1907.

terie. Parmi ces dysenteries, les plus importantes sont la dysenterie amibienne et la dysenterie bacillaire.

Cette dernière, la seule dont nous nous occupions ici, est causée par un bacille vu pour la première fois par Chantemesse et Widal, bien étudié plus tard par Shiga, Kruse et un très grand nombre d'auteurs. Mais, à côté de ce bacille qui, pendant quelque temps, a été considéré comme le seul agent pathogène de la dysenterie bacillaire, on n'a pas tardé à décrire d'autres bacilles différents, mais susceptibles comme lui de provoquer les symptômes de la dysenterie. Ces variétés peuvent être ramenées, semble-t-il, à deux groupes principaux : le groupe des bacilles de Shiga, Kruse, Flexner (New-Haven), etc.; le groupe des bacilles de Flexner (Manille), Strong, Hiss, etc. Les rapports que ces deux groupes d'agents microbiens présentent entre eux ont été étudiés par beaucoup d'auteurs, et, cependant, l'entente ne paraît pas encore s'être faite. Il existe entre eux, en effet, à côté d'analogies très grandes, des différences dont la valeur est diversement interprétée et qui sont la cause de ces divergences d'opinions.

Les deux groupes ont de commun les caractères morphologiques des bacilles, leur mode de colorabilité, leur immobilité, les caractères de leurs cultures sur la plupart des milieux nutritifs. Les bacilles du type Flexner se développent cependant d'une façon un peu plus abondante que les bacilles du type Shiga.

Mais des différences importantes sont fournies par :

L'emploi des milieux sucrés : la gélose tournesolée et mannitée, lactosée, maltosée ou saccharosée, n'est pas modifiée par les bacilles du groupe Shiga. Les bacilles du groupe Flexner ne modifient pas non plus la gélose tournesolée et lactosée, mais ils font fermenter la gélose tournesolée et mannitée, maltosée ou saccharosée.

La recherche de l'indol : les bacilles de Shiga ne font pas d'indol; ceux du groupe Flexner donnent la réaction.

L'étude de l'agglutinabilité : un immun-sérum Shiga agglutine les bacilles homologues et reste sans action sur les bacilles du groupe Flexner. Inversement, un immun-sérum Flexner agglutine les bacilles de ce groupe, mais n'agglutine pas ceux du groupe Shiga.

L'épreuve de Castellani, qui démontre que les agglutinines des deux sérums sont différentes.

L'téude de l'action pathogène : les bacilles du groupe Shiga sont pathogènes pour tous les animaux d'expérience et, inoculés au lapin, ils déterminent des symptômes et des lésions intestinales rappelant ceux de la dysenterie humaine. Les bacilles du groupe Flexner ne sont pathogènes et même seulement à hautes doses que pour le cobaye.

L'étude des toxines : les bacilles de Shiga sécrètent une toxine très active qui passe dans le bouillon, si bien qu'un bouillon de culture filtré donne des résultats identiques à ceux de la culture vivante non filtrée. Toutes les tentatives faites

dans le même sens avec les bacilles du groupe Flexner n'ont donné que des résultats négatifs.

Mais à côté de ces faits qui tendent à séparer les deux groupes de bacilles dysentériques, il faut signaler deux réactions importantes qui tendent à les rapprocher et à créer entre eux une parenté étroite. Ce sont : la *réaction de Kraus*, qui démontre qu'un immun-sérum Shiga contient des précipitines spécifiques pour les bacilles du groupe Shiga et des précipitines, spécifiques aussi, mais moins abondantes, pour les bacilles du groupe Flexner et les bacilles pseudo-dysentériques ; la *réaction de fixation de Bordet*, qui démontre que la sensibilisatrice spécifique, contenue dans un sérum de dysentérique ou dans celui d'un animal immunisé contre l'un quelconque des bacilles dysentériques, existe au même titre et au même taux pour les bacilles du type Shiga que pour les bacilles du type Flexner (Dopter).

La valeur des caractères différentiels et communs qui précèdent est différemment interprétée par les auteurs. Pour les auteurs étrangers, les caractères différentiels sont assez importants pour exiger la division des agents dysentériques en deux groupes : le *groupe des bacilles dysentériques vrais*, comprenant les bacilles de Shiga, Kruse, Flexner (New-Haven), etc. ; le *groupe des bacilles paradysentériques*, qui comprendrait lui-même deux types (Liefmann et Nieter) : le type (*a*), représenté par le bacille de Hiss et Russell, le bacille *y* ; le type (*b*), dont le principal représentant est le bacille de Flexner (Manille).

D'après M. Dopter, au contraire, les différences seraient moins essentielles, et les bacilles du type Shiga et ceux du type Flexner ne seraient que les représentants de deux races d'un seul et même germe spécifique. Quant au groupe Flexner, il ne saurait être dissocié.

La clinique et l'épidémiologie ne fournissent pas des arguments plus décisifs pour la solution de cette question.

En résumé, les deux groupes de bacilles dysentériques sont différents l'un de l'autre, mais il n'est pas encore possible de préciser l'étendue, soit des différences, soit de la parenté. Dans ces conditions, et étant donné l'échec complet de la sérothérapie antidysentérique, employée en Amérique par les médecins de la mission Rockefeller contre la dysenterie infantile, nous avons pensé qu'un immun-sérum, préparé exclusivement avec les bacilles du type Shiga, n'aurait peut-être pas, vis-à-vis des bacilles du groupe Flexner, les mêmes propriétés préventives et curatives que vis-à-vis des bacilles du type Shiga et, dès le commencement de l'année 1905, nous avons commencé la préparation *d'un sérum antidysentérique polyvalent*, c'est-à-dire préparé simultanément avec des bacilles du type Shiga et des bacilles du type Flexner.

Ce sérum antidysentérique polyvalent nous a donné les résultats expérimentaux et thérapeutiques suivants :

I. — Résultats expérimentaux.

Action préventive à l'égard des bacilles Shiga. — Des lapins témoins, du poids

de 1.500 à 2.000 grammes, sont régulièrement tués en trois à cinq jours par l'injection sous-cutanée du 1/5 d'une culture en strie, sur gélose, de bacilles Shiga, diluée dans du sérum physiologique.

Des lapins du même poids reçoivent, en injection sous-cutanée, les uns 1/4, les autres 1/2, d'autres 1 centimètre cube de sérum polyvalent. Au bout de deux heures pour les uns, au bout de vingt-quatre heures pour les autres, on leur inocule la dose mortelle de culture virulente. Aucun ne succombe.

Action curative sur les bacilles Shiga. — Des lapins sont inoculés avec la dose de culture sûrement mortelle. Au bout de douze heures et même de vingt-quatre heures, on leur injecte sous la peau 1, 2 ou 3 centimètres cubes de sérum. Tous les animaux survivent.

Action sur la toxine. — Plusieurs lapins reçoivent, en injection sous-cutanée, 1 centimètre cube de toxine, c'est-à-dire une dose les tuant toujours en trois à six jours. Au bout de deux heures pour les uns, au bout de vingt-quatre heures pour les autres, on leur injecte 1 ou 2 centimètres cubes de sérum polyvalent. Aucun animal ne succombe.

II. — Résultats thérapeutiques.

Ces résultats ont été obtenus chez les enfants, la dysenterie infantile étant celle que, par la situation de l'un de nous comme médecin à l'hôpital des Enfants, nous soyons appelés à observer. Nous ne tenons compte que des cas dans lesquels l'examen bactériologique des selles a démontré la nature dysentérique de l'affection.

Le nombre des dysenteries traitées par le sérum polyvalent est de treize. Il se décompose de la façon suivante : *deux cas de dysenterie à bacilles de Shiga ; onze cas de dysenterie à bacilles de Flexner.*

Les deux cas de dysenterie à bacilles de Shiga, d'ailleurs peu graves, ont guéri très vite à la suite d'une injection de 10 centimètres cubes de sérum polyvalent.

Les observations de dysenterie à bacilles de Flexner peuvent être divisées en deux groupes, suivant que le traitement par le sérum a été *précoce*, c'est-à-dire employé dans les premiers jours de la maladie, *ou tardif*, c'est-à-dire appliqué plusieurs jours, quelquefois deux et trois semaines, après le début des accidents.

Les observations du premier groupe ne sont pas toutes comparables au point de vue de la gravité de l'affection : dans un cas, la maladie a été très grave ; d'autres fois, elle a été grave ; quelquefois, elle a été bénigne.

Le cas très grave est une observation de dysenterie toxique développée chez un enfant de deux ans et demi, très mal nourri antérieurement et profondément rachitique. Il guérit après trois injections sous-cutanées de sérum polyvalent faites à un jour d'intervalle. Nous sommes persuadés qu'il serait mort sans la sérothérapie. Les formes graves et bénignes ont toutes été guéries rapidement à la suite d'une ou deux injections sous-cutanées de sérum.

Employée tardivement, la sérothérapie polyvalente est tout aussi active et son action est plus évidente encore, étant donné l'insuccès des traitements médicamenteux employés antérieurement.

Dans tous les cas, des modifications très grandes dans l'état des malades ne tardent pas à suivre l'injection de sérum. Dès le premier ou le second jour, les selles diminuent de nombre; le sang et les glaires diminuent et disparaissent en même temps qu'apparaissent les matières fécales; les douleurs s'effacent; la fièvre, quand elle existe, tombe rapidement; l'état général se relève très vite.

Sous l'influence de ce traitement, non seulement *tous nos malades ont guéri*, mais l'amélioration des symptômes après l'injection du sérum a été si rapide et si évidente qu'il ne nous paraît pas possible qu'on puisse mettre en doute l'efficacité du sérum. Nous croyons donc pouvoir conclure que le traitement par le sérum antidysentérique polyvalent est le traitement spécifique et véritablement actif des dysenteries infantiles qui, dans la majorité des cas, sont causées par les bacilles du groupe Flexner.

Il n'est pas douteux que l'action du sérum polyvalent sur les dysenteries des adultes soit aussi efficace; mais, jusqu'ici, nous n'avons pas de données à cet égard.

Mode d'emploi et doses. — Nous avons toujours employé notre sérum polyvalent en injection sous-cutanée. Nous conseillons les doses suivantes: chez les enfants âgés de moins de trois ou quatre ans, et dans les cas d'apparence bénigne ou modérément grave, on fera une injection de 10 centimètres cubes. Elle suffira souvent dans les formes bénignes. On devra la renouveler une ou deux fois dans les formes plus graves. Dans les cas d'apparence grave ou très grave, on commencera par une injection de 20 centimètres cubes qu'on renouvellera, s'il y a lieu. Chez les enfants plus grands, on injectera d'emblée 20 centimètres cubes, ou même davantage, si l'affection se montre particulièrement grave. On renouvellera l'injection si l'amélioration ne se montre pas suffisante.

Chez les adultes, les doses devront être d'au moins 20 centimètres cubes pour la première injection.

Emploi préventif. — L'action préventive de notre sérum est démontrée par l'expérimentation. Aussi dans les cas où, soit à l'hôpital, soit dans les familles, on ne pourrait pas isoler les dysentériques, on ne devrait pas hésiter à faire des injections préventives de sérum. L'immunité ainsi obtenue est de courte durée et ne dépasse pas huit à dix jours. La dose de 10 centimètres cubes nous paraît largement suffisante.

COMPTE RENDU

DES

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 octobre 1907.

Présidence de M. Patein.

M. Désesquelles, à propos du *titrage des solutions mercurielles*, fait ressortir que depuis longtemps il insiste pour que l'on dose les solutions de sels hydrargyriques d'après la quantité de mercure métallique qu'elles contiennent, car c'est là la substance active des sels hydrargyriques et la teneur en mercure varie beaucoup avec le sel utilisé. On devrait, par exemple, pour une solution de sublimé au millième, mettre 1 gr. 35 de bichlorure de mercure, ce qui donnerait 1 gramme de mercure métal. De cette façon, on pourrait comparer entre elles les diverses préparations hydrargyriques au point de vue de leur activité, de la façon dont elles sont supportées, etc.

M. Leredde déclare qu'il soutient aussi depuis longtemps les mêmes idées, mais il fait toutefois une réserve au sujet d'un certain nombre de sels hydrargyriques organiques dont la toxicité est inférieure à celle des autres. Dans ce cas, le dosage du mercure est plutôt un inconvénient. L'orateur concède que ces sels organiques, aujourd'hui fort nombreux, présentent de grands avantages : ils sont moins toxiques, ne provoquent que peu de douleurs ou de nodosités quand on les injecte, mais c'est précisément pour cela qu'il y a sans doute lieu de se méfier de leur valeur thérapeutique : peut-être leur dissolution intra-organique est-elle incomplète.

M. Hallion estime que, pour s'éclairer sur la valeur thérapeutique des solutions en général, il faudrait tenir compte des données fournies par la cryoscopie, ce qui permettrait de savoir jusqu'à quel point une solution est assimilable.

M. Pouchet rappelle qu'une solution est une chose en imminence de décomposition, par conséquent plus active qu'un produit non solubilisé.

M. Chevalier s'élève contre la tendance actuelle, qui consiste à rechercher des médicaments à métaux dissimulés : ces médicaments sont moins actifs que les autres, ainsi qu'on peut aisément s'en assurer avec les arsenicaux, qui sont éliminés pour la plus grande part en nature : rien d'étonnant à ce qu'ils soient moins toxiques.

M. Bardet lit une note du Dr Penot concernant le *Traitement de la syphilis par le bibromomercurate de sodium.* Sur quarante-sept malades ainsi traités, on nota des manifestations douloureuses de faible intensité, de quinze à trente minutes de durée, chez six sujets seulement. Chaque malade reçut en moyenne vingt injections : jamais on n'observa de nodosités. Tous les patients avaient été précédemment traités par les sels solubles : tous ont déclaré préférer de beaucoup le traitement par le bibromomercurate de sodium.

M. Laborderie présente une note sur l'*influence de la vaccination sur la coqueluche.* Cette influence semble très nette.

M. Amat, qui souleva la question il y a quelque temps, constate que la vaccination n'est pas un spécifique, car il a lui-même observé tout dernièrement deux cas d'insuccès : Mais c'est là un moyen anodin, donnant quelquefois de bons résultats, que l'on peut toujours essayer pour combattre une affection qui résiste à tous nos efforts thérapeutiques.

M. Bardet parle des *dangers de l'anesthésie par la scopolamine*. Il y a deux ans déjà que la société de thérapeutique a ouvert sur ce sujet une discussion qui fut reproduite dans divers organes médicaux et aurait dû attirer l'attention des chirurgiens sur le danger de l'emploi d'un produit aussi toxique et aussi mal défini. Or, il n'en fut rien : les chirurgiens utilisèrent couramment des doses allant jusqu'à 9 milligrammes, alors qu'on ne devrait pas dépasser 1/4 milligramme ! Il y eut plusieurs décès, trois après injections de 1 milligramme.

Or, à l'époque, le professeur Pouchet avait déjà montré que la scopolamine n'est pas une substance toujours identique à elle-même : il existe toute une série d'isomères, extrêmement différents comme activité : il en est de plus actifs que l'atropine, alors que d'autres le sont notablement moins.

Il faut donc, en présence de tels faits, ne jamais dépasser, comme doses, les fractions de milligrammes, et tenir compte encore des idiosyncrasies possibles. Si, comme le prétendent quelques chirurgiens, cet alcaloïde est inutile employé à des doses inférieures à 1 milligramme, mieux vaut l'abandonner, car cette dose constitue déjà un danger énorme pour le malade.

M. Hallion a pris, le matin même, des traces chez deux malades soumis à l'anesthésie scopolamique (1/2 milligramme). Il n'y eut pas d'accident, mais l'orateur a eu l'impression qu'on était arrivé à la limite dangereuse : le pouls présenta de l'instabilité. La chloroformisation consécutive fut très simple et sans aucun incident.

La méthode semble donc présenter de l'intérêt, mais il faut éviter les fortes doses.

M. Pouchet rappelle ce point de vue des plus importants, qui domine toute la question en dehors de l'atropine, on ne sait rien des combinaisons chimiques des alcaloïdes des solanées vireuses.

Il existe certainement un alcaloïde qui devrait porter le nom de scopolamine, mais nous ne le connaissons pas : on peut le supposer comme une combinaison de l'acide tropique et de la base tropine. Mais cet acide tropique possède trois isomères, et la base tropine en possède aussi. Or, on baptise avec sérénité du nom de scopolamine des alcaloïdes qui sont à la fois très variables et très toxiques, et on en use avec eux comme s'il s'agissait d'un produit stable comme la morphine. Il existe un autre produit stable, c'est le *sulfate* d'atropine, qui est toujours identique à lui-même, quelle que soit la provenance de l'atropine entrant dans la combinaison. En dehors de ces faits positifs, tout n'est que confusion.

Il faut attendre, avant de se servir de la scopolamine, que sa synthèse soit faite. L'orateur n'a jamais eu entre les mains deux bromhydrates de scopolamine identiques. Quant à la duboisine, à l'hyoscine, etc., ce ne sont que des mélanges d'isomères dont l'activité thérapeutique et les effets sont variables.

M. Chevalier rappelle que M. Ribière, dans une thèse faite au laboratoire de pharmacologie de la Faculté, a montré, il y a quelques années déjà, que la toxicité des scopolamines varie de 1 à 5.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,

Médecin des hôpitaux.

Sérothérapie de la fièvre typhoïde, par le professeur CHANTEMESSE (*Congr. intern. d'hygiène et de dermographie, Berlin*, 23-29 septembre 1907). — Sous l'influence du sérum antityphoïde, l'évolution et la maladie se divise en une période de réaction et une de défervescence. Dans le premier stade (cinq à six jours) la fièvre ne baisse pas ou augmente même légèrement, puis décroît et la défervescence se déroule plus ou moins rapidement. A la place de la pâleur du visage du début, on distingue une rougeur caractéristique, la stupeur disparaît ou s'atténue : l'aspect de ces malades est inattendu, surtout dans les cas où le sérum a été employé dès le début. La mortalité a passé de 10-12 p. 100 à 3 à 4 p. 100.

Si le sérum intervient tardivement, les résultats sont moins rapidement favorables.

La convalescence est rapide, mais les malades doivent prendre pendant plusieurs semaines des précautions, car l'affection peut, exceptionnellement, récidiver au bout de deux à trois mois.

Sur 47 cas de mort (1000 malades traités) l'hémorragie ne fut en cause que 4 fois ; la perforation de l'intestin 19 fois, sans doute parce que les altérations de l'organe représentent les premières lésions en date. Chez aucun des malades traités dans les sept premiers jours, on n'observa de perforation.

Le sérum, pris sur des chevaux, présente son plus grand pouvoir préventif quand on fait la saignée au bout de vingt jours environ après la dernière injection de bacilles ou de toxine. Les doses sont minimes (quelques gouttes de sérum d'animaux vaccinés depuis plusieurs années); l'action d'une injection dure environ dix jours. L'auteur ne fait une seconde injection que si la marche de la maladie devient traînante : l'injection sera de quantité moindre que la première. On choisit pour la piqûre la peau de la face dorsale de l'avant-bras.

L'auteur continue le traitement par les bains froids, pour soutenir la puissance antitoxique de sérum, qui n'est pas encore assez élevée pour qu'on puisse se passer de la médication aujourd'hui classique.

E. VOGT.

La diphtérie et le croup à l'hôpital de Gand depuis la sérothérapie, par A. CHAMPION (*Annales de la Soc. de méd. de Gand*, vol. 87, 3e livr. 1907). — Dans l'angine, les injections de sérum ont été faites à tous les enfants même dans les cas les plus bénins. Quelques enfants atteints de diphtérie toxique ont reçu en plusieurs jours jusqu'à 60 à 80 centimètres cubes de sérum et ont guéri.

L'auteur a renoncé aux badigeonnages du pharynx avec les solutions antiseptiques. Les enfants se prêtent mal à ce traitement, on les blesse et on infecte des parties de muqueuse saine. Les irrigations avec l'irrigateur ou une seringue spéciale sont préférables, elles ne font d'ailleurs que déterger la gorge. On emploie ici l'eau oxygénée au tiers, le salol si les sécrétions sont fétides.

Les enfants présentant une strepto-diphtérie ont reçu à la fois des injections de sérum antidiphtérique et antistreptococcique. Dans les cas d'angine réellement maligne tout a échoué.

L'enfant doit être nourri. Tant qu'il s'alimente, il y a chance de guérison. L'état du pouls est un signe pronostic de grande valeur. Le repos le plus complet au lit doit

être observé tant au cours de la maladie que pendant la convalescence. S'il y a des signes d'affaiblissement du cœur, on fait des injections préventives de caféine.

Les enfants atteints de croup sont opérés à leur entrée à l'hôpital et on injecte une première forte dose de sérum, de 30 à 40 centimètres cubes suivant l'âge. On répète au besoin les injections par doses de 20 centimètres cubes.

La trachéotomie et le tubage ont leur importance et contribuent à abaisser la mortalité. La broncho-pneumonie est beaucoup moins fréquente depuis l'emploi du sérum. Mais il y a avantage à décanuler tôt, surtout chez les enfants au-dessous de 2 ans.

L'enfant doit respirer un air chaud et humide, sans quoi il se formerait des croûtes qui pourraient boucher le tube. On vaporise dans les salles de l'eau additionnée de teinture d'eucalyptus ou de chlorure d'ammonium.

La paralysie diphtérique est moins fréquente depuis le sérum. Tous les enfants qui ont été atteints de paralysie ont guéri par le repos au lit, l'usage interne des toniques et des soins plus minutieux en ce qui concerne l'alimentation. Une fois la paralysie existante, le sérum n'a modifié en rien ni la durée, ni l'évolution normale de la paralysie.

L'auteur insiste sur la nécessité de faire des injections précoces de sérum antidiphtérique dans tous les cas, même bénins. Les meilleurs résultats ont été constatés dans le traitement des enfants opérés du croup; de 19 p. 100 la proportion des guérisons pour le croup opéré et traité par le sérum s'est élevée à 60 p. 100.

L. Jumon.

Action des métaux colloïdaux électrolytiques sur la température dans plusieurs infections, par G. Etienne (*Revue médicale de l'Est*, 1er septembre 1907). — On sait que les solutions métalliques électrolytiques semblent douées de propriétés catalytiques identiques à celles des ferments et que les métaux colloïdaux ainsi préparés sont capables de former des complexes colloïdaux de même ordre que les complexes toxines-antitoxines qui neutralisent les toxines. Dans l'organisme ils augmenteraient l'urée, le coefficient azoturique, élèveraient (à petite dose) la thermogenèse et la leucocytose et modifieraient la formule leucocytaire. Enfin ils auraient une action microbicide très active sur le pneumocoque, le pneumo-bacille et le pyocyanique, entre autres.

M. Etienne s'est borné à étudier les modifications de la courbe thermique sous l'influence des métaux colloïdaux électrolytiques. Il a employé l'argent, le platine, le palladium en état colloïdal électrolytique, stabilisé en solution isotonique.

L'examen comparatif d'une série de cas montre qu'au cours de la pneumonie et de la broncho-pneumonie, même chez les vieillards, l'argent colloïdal électrolytique à petits grains a une action manifeste sur la marche de la température, qui a toujours été abaissée.

La température a été abaissée dans les tuberculoses, dans un cas de granulie et de méningite, sauf à la période ultime. Le résultat a été nul dans un cas de typhobacillose.

Certaines observations montrent la nécessité de faire des injections répétées rapprochées et pendant un certain temps. L'argent semble perdre rapidement son action dans l'organisme tout en y séjournant, peut-être parce qu'il s'est transformé en un complexe colloïdal, toxine-métal.

Les résultats sont notablement plus frappants et plus constants avec l'argent électrolytique qu'avec l'argent colloïdal. Les hautes doses sont bien supportées. La réaction locale au niveau de l'injection est nulle.

L. Jumon.

L'actinomycose dans la région du Nord, traitement, par Etienne Verhaeghe (*Echo médical du Nord*, 29 septembre 1907). — Après avoir relaté un certain nombre d'observations personnelles, l'auteur indique les traitements employés dans ces cas. Le traitement a été médical, ou chirurgical, ou mixte.

Six fois il a été seulement médical, cinq fois exclusivement chirurgical, quatorze fois il a été mixte. Chaque méthode a eu ses succès.

Le traitement médical a toujours consisté en l'administration de l'iodure de potassium. Toutefois ce médicament ne peut être considéré comme spécifique et il faut faire quelques réserves. A l'intérieur, l'iodure a été donné en général à des doses de 2 ou 3 grammes par jour (2 grammes dans quatre cas qui ont guéri par un traitement exclusivement médical). Lorsque l'iodure

a été donné à doses plus fortes, il s'agissait en général d'un traitement médico-chirurgical. Quelques malades dans ces condition sont pris 4, 6, 10 grammes d'iodure par jour.

La pommade iodurée a donné en général une réaction vive, qui a disparu en moins d'une semaine après la suppression de la pommade.

Le traitement chirurgical a consisté en interventions très diverses : injections interstitielles, incisions, cautérisations, curettages, grattages, trépanations de maxillaires, amputations, résections des parties malades, laparotomies, etc. Tous ces moyens ont réussi parfois et échoué ailleurs. Les plus simples, comme une incision, ont parfois suffi.

Les injections iodées ou iodo-iodurées ont toujours été douloureuses. Elles sont suivies d'une réaction vive, avec œdème violacé des paupières, pendant quelques jours, puis tout rentre dans l'ordre.

Souvent les lésions ne demandent que des interventions assez simples plutôt que de gros délabrements nécessitant une autoplastie complète. Des foyers même assez étendus et nettoyés à la curette se cicatrisent assez facilement sans laisser de grandes déformations.

L'intervention la plus fréquente sera sans doute la curette avec ou sans incision. On pourra recourir à la thermo-cautérisation et aux attouchements iodés.

Une toute petite intervention suffit pour la guérison dans les cas d'actinomycose des canalicules lacrymaux.

L. Jumon.

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Remarques sur l'action de l'adrénaline dans l'ostéomalacie, par Max Neu (*Centralb. f. Gyn.*, 21 sept. 1907). — L'auteur fait la critique de cas d'ostéomalacie traités par Bossi et par Velit avec l'adrénaline. Le premier injecta dans un cas un centimètre cube de la solution au millième et continua pendant douze jours. Neu considère que la dose ne doit pas dépasser 0,0003 dans les circonstances ordinaires, à intervalles rapprochés.

Les doses d'adrénaline employées jusqu'ici pour agir sur l'ostéomalacie sont trop élevées et peuvent être dangereuses. Le danger de ces actions accessoires se fait sentir sur le cœur, surtout chez les sujets affaiblis. On peut aussi redouter de voir survenir des accidents pulmonaires, notamment des hémoptysies lorsque l'ostéomalacie est compliquée de tuberculose.

Dans l'ostéomalacie chez les femmes enceintes s'ajoute encore le danger d'une action excitante sur l'utérus, d'où un avortement ou un accouchement prématuré possible.

L. Jumon.

A propos du traitement de la maladie de Basedow par le sérum de Mœbius, par H. de Waele (*Annales de la Soc. de méd. de Gand*, vol. 87, 3e livr., 1907). — A propos d'un cas de maladie de Basedow soumis au traitement antithyroïdien, l'auteur fait remarquer qu'il a fallu poursuivre le traitement d'une façon très prolongée pour maintenir le résultat obtenu.

Quant au mode d'action, on admet que ce sérum doit contenir des produits toxiques non détruits, lesquels s'ajoutent à ceux de l'organisme du malade auquel on injecte le sérum, de sorte que l'hypersécrétion thyroïdienne trouve à s'employer. Mais le mécanisme de l'action fut peut-être plus compliqué. Ce sérum doit être distingué d'un antisérum, qui contient un anticorps né de la réaction de l'organisme vis-à-vis d'une substance étrangère. Ces sérums perdent leur propriété d'anticorps au cours de la digestion pepsique ou trypsinique, tandis que la clinique a fait rejeter par le sérum de Mœbius la voie sous-cutanée et lui a fait préférer l'administration par la bouche. Les substances qui agissent dans ce sérum traversent l'estomac sans perdre leur activité. Il est né non d'une conception bactériologique, mais d'une conception physiologique. C'est un véritable traitement opothérapique qui doit être prolongé pendant longtemps.

Un point à noter est que certains auteurs ont obtenu de bons effets de la thyroïdine dans la maladie de Basedow.

Cet fait peut s'expliquer lorsque la maladie en est arrivée à la phase scléreuse du processus pathologique avec atrophie des éléments nobles. L'hypothyroïdie succède à l'hyperthyroïdie et le traitement thyroïdien peut alors donner des résultats.

L. Jumon.

Nervosisme thyroïdien. Formes cliniques, par MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild (*XVIIe Congrès des méd. aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Genève-Lausanne, 1-7 août 1907). — MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild, en se basant sur les observations de 76 malades, estiment que le nervosisme est souvent en relation avec un fonctionnement défectueux de la glande thyroïde.

Le nervosisme pourrait revêtir plusieurs formes cliniques qui sont :

1° *L'hyperthyroïdie nerveuse*. Entre ce syndrome et la santé, les auteurs rangent plusieurs états : l'hyperthyroïdie minima, continue ou paroxystique; l'hyperthyroïdie bénigne chronique, disséminée ou localisée; le Basedow fruste;

2° *L'hypothyroïdie nerveuse*, dont le maximum est réalisé par la neurasthénie thyroïdienne;

3° *L'instabilité nerveuse thyroïdienne;*

4° *La dysthyroïdie avec hyperthyroïdie;*

5° *Les dysendocrisies couplées* (thyro-ovarienne) ou *tricouplées* (thyro-hypophyso-ovarienne).

L'opothérapie thyroïdienne doit être appliquée. Elle vérifiera en même temps la nature thyroïdienne du nervosisme.

Pierre Sée.

Sur le traitement rationnel de l'obésité, par M. A. Lorand (*Journ. méd. de Paris*, n° 33, 18 août 1907, p. 319). — Il existe, d'après M. A. Lorand, trois variétés d'obésité :

1° L'obésité de cause *exogène* (suralimentation, manque d'exercice);

2° Celle de cause *endogène*. Elle est due à la dégénérescence de certaines glandes (thyroïde, testicules, hypophyse). Elle peut se produire à la suite d'infections et d'intoxications qui agissent sur ces glandes, après la castration, etc.

Les obèses de la première variété sont pléthoriques, ils ont des selles normales et transpirent facilement; ceux de la seconde sont, au contraire, pâles, très constipés et n'ont jamais de sueurs;

3° Enfin il existe des obésités *mixtes*.

Le traitement prophylactique de l'obésité consiste à défendre les aliments qui fournissent un grand nombre de calories: les graisses, l'alcool, la bière, les substances amylacées. Pour satisfaire la faim du malade, on autorisera les légumes verts, les fruits et certains aliments hydrocarbonés qui ne dégagent qu'une quantité relativement faible de calories: ainsi l'avoine, le sarrasin, etc.

On ordonnera les eaux minérales purgatives (Hunyadi-Janos, etc.), les cures d'eaux minérales (Carlsbad) et les bains de boue. On prescrira une hygiène rationnelle.

La cure de Banting donne souvent des résultats favorables.

Pour combattre l'obésité constituée, on prescrira l'opothérapie, et le traitement thyroïdien en particulier.

On ne donnera pas de thyroïde si l'épreuve de la glycosurie alimentaire est positive. On surveillera le cœur pendant le traitement, qu'on suspendrait si la fréquence du pouls atteignait 100. On réduira l'alimentation carnée.

Le traitement ovarien, associé à l'opothérapie thyroïdienne, est indiqué chez les femmes obèses. Les bains de boue sont également efficaces, grâce à l'action spéciale qu'ils exercent sur les organes sexuels féminins.

Pierre Sée.

Lavement contre la goutte (*Revue internationale de médecine et de chirurgie*, n° 16, 25 août 1907, p. 320).

Eau d'amidon à 5 p. 100...	100 gr.
Teinture de semences de colchique.....	1 gr.
Laudanum de Sydenham...	X gouttes

Pour un lavement tiède. En donner 2 par jour.

A recommander dans la goutte aiguë ou chronique avec troubles gastriques.

Pierre Sée.

Chirurgie générale.

Dr Benoît,

Ancien interne des hôpitaux.

Le cancer du sein, au Congrès de chirurgie américain. — A l'heure où la thérapeutique du cancer par les rayons X va faire l'objet d'un rapport au Congrès français de chirurgie qui va s'ouvrir, il paraît intéressant de rapporter l'opinion des chirurgiens américains sur la thérapeutique chirurgi-

cale des tumeurs malignes du sein. A parcourir les diverses statistiques, celle du « Massachusetts general Hopital » (Halsted), celle de M. J.-Ch. Olivier, de M. Greenough, etc., il semble impossible de se faire une opinion sur le pronostic opératoire du cancer du sein. En effet, faut-il opérer parcimonieusement ? Ou faut-il opérer largement ? Faut-il les extirper extrêmement tôt, ou bien attendre, pour se faire une idée de sa gravité par la marche clinique ? Aucune de ces questions n'est résolue par la statistique. Bien plus, il semble que les cas opérés tardivement donnent tout autant de succès que les opérations précoces et, chose plus extraordinaire, que les interventions très larges, avec *curage sus-claviculaire* et *ablation des pectoraux*, aujourd'hui préconisées par beaucoup de chirurgiens, donnent une proportion de guérison beaucoup plus faible. Ce résultat paradoxal est facile à expliquer. Depuis l'adoption de ces modes d'extirpation, la limite de l'opérabilité des tumeurs a été reculée, de sorte que tous les mauvais cas ont bénéficié d'une intervention qui leur eût été autrefois refusée.

La durée de la survie est notablement améliorée en bloc. Cela est dû à l'exérèse précoce et très large, non seulement de la tumeur, mais *de la peau*, sans se préoccuper de la réunion immédiate. Un fait domine la question des interventions plus ou moins précoces, plus ou moins étendues : c'est la modalité clinique du cancer, qui est plus ou moins grave d'emblée ; c'est aussi l'impuissance des examens microscopiques pour aider l'opérateur à faire un pronostic opératoire. Il est en tout cas très digne de remarque qu'on a pu obtenir des guérisons permanentes, tout aussi bien avec les anciennes méthodes opératoires qu'avec les nouvelles. Et les chiffres qui ont été soumis au congrès, comme pourcentage de guérisons (trois ans sans récidive et sans métastase) sont sensiblement les mêmes que ceux que nous connaissons déjà.

S'agit-il de guérisons formelles ? M. Halsted s'est livré à une enquête qui montre la fréquence des *récidives* tardives, après 6, 7 et 21 ans (Ransohoff). La moyenne de la survie, avec reprise de toutes les apparences de la santé, est cependant assez remarquable pour que l'opération précoce paraisse à tous actuellement la seule thérapeutique à suivre.

A. Benoît.

Opérations pour affections non malignes de l'estomac, par M. B.-G.-A. Moynihan (*Surgery, gynecology and obstetrics*, juin 1907). — Compte rendu d'une statistique de 384 opérations pour affections non malignes de l'estomac ; résultat global : 21 décès. Il faut remarquer que les opérations pour ulcère hémorragique grave alourdissent la mortalité, car celle-ci n'est que de 0,8 p. 100 sur 248 cas de gastro-entérostomie simple. Nous notons, comme détail technique original, que l'auteur s'est aperçu que la meilleure direction à donner à l'incision stomacale était celle de la première portion du jejunum, ce qui s'explique par le parallélisme des contractions. Or cette première portion suit une direction variable. A son exemple, il suffira donc d'apporter cette modification à la technique de la gastro-entérostomie postérieure pour voir s'améliorer le résultat fonctionnel.

A. Benoît.

Traitement de la rectite purulente et ulcéreuse, par M. Ruge (*Arch. f. klin. Chir.*, 1907). — Ce travail documenté, puisqu'il porte sur des cas, assez rares il est vrai, observés dans ces dix-sept dernières années, nous montre que la *rectite* purulente et ulcéreuse, dont l'étiologie se confond avec celle du rétrécissement, cancer excepté, est justiciable de nos jours d'une thérapeutique plus active et qui a fait ses preuves. Il s'agit de l'*extirpation* du rectum altéré par la voie basse, le plus souvent, par l'opération abdomino-périnéale, lorsque la première est impraticable. La plupart des opérés, qui n'avaient pu retirer aucun soulagement du traitement médical, ont été guéris d'une façon durable par l'intervention chirurgicale. Voici d'ailleurs en quoi elle consiste. La femme est choisie comme type, car elle est le plus fréquemment atteinte par cette tenace affection. M. Ruge adopte la voie vagino-périnéale : incision du raphé médian rétro-anal, jusqu'au coccyx ; désarticulation de cet os et, quelquefois, résection de la pointe du sacrum. On peut faire remarquer ici en passant l'analogie avec l'opération de Kraske pour l'ablation du cancer du rectum. Puis, section à gauche de la ligne médiane de toute la paroi postérieure du vagin, allant rejoindre la première incision des deux côtés de l'anus. Libération du rectum de bas en haut, jusqu'à l'S iliaque. Le péritoine se trouve

ouvert dans ce temps de l'opération. On mobilise alors le côlon et son méso, sur lequel les sections et ligatures nécessaires doivent être faites. Lorsque cet organe est devenu « abaissable », on ferme le péritoine. Dès lors, on place deux clamps, l'un au-dessus du sphincter anal qu'il faut respecter, l'autre au-dessus du rétrécissement, et on sectionne le rectum entre les deux. L'opération se termine par l'abaissement du bout intestinal supérieur qui vient prendre la place du rectum. On réunit ce bout à la portion sphinctérienne et, après suture de la paroi vaginale et de l'incision postérieure, il ne reste plus qu'à drainer et tamponner à la Mickulicz les incisions para-anales demeurées béantes. Constipation maintenue pendant huit à dix jours. S'il survient un peu de désunion locale, la fistule rectale qui en résulte guérit spontanément.

A. Benoît.

Le massage et l'hyperémie veineuse provoquée par Durey (*La Presse médicale*, 18 septembre 1907). — En combinant ces deux méthodes, l'auteur obtient d'excellents résultats dans une série de lésions où la douleur condamne les malades atteints d'arthrites à une inaction prolongée : la méthode de Bier, par ses propriétés analgésiques, permet de soumettre au massage et à la mobilisation précoce des sujets de ce genre. Lorsque les raideurs articulaires sont d'origine inflammatoire, et que la douleur est diffusée dans tout l'article, les effets sont surtout remarquables.

On obtient l'hyperémie veineuse au moyen de la bande élastique appliquée pendant une durée de deux à vingt-deux heures suivant les cas : il faut obtenir un œdème léger du segment du membre sous-jacent à l'article, et la sédation des phénomènes douloureux.

Une heure après l'enlèvement de la ligature, on procède à un effleurage prolongé pour faire disparaître presque tout l'œdème et on termine par une mobilisation progressive de la jointure. Cette dernière manœuvre est le plus souvent facile, car une faible partie de la raideur est due aux lésions anatomiques ; la plus grande part revient aux contractures musculaires provoquées par l'irritation douloureuse que l'hyperémie supprime. Cette suppression empêche, d'un autre côté, le masseur de s'arrêter à temps et il peut arriver qu'on conduise la séance trop énergiquement et qu'on provoque ainsi une poussée aiguë.

Dans les œdèmes chroniques durs, peu étendus, les adhérences des tendons aux gaines, les cicatrices défectueuses, le procédé hyperémique le plus efficace est l'aspiration appliquée sur la partie à traiter au moyen de grandes ventouses pouvant contenir tout un segment de membre. En trente ou quarante minutes, on obtient une hyperémie chaude, sans œdème, que l'on fait suivre d'un pétrissage minutieux des parties profondes, suivi de mobilisation.

On peut, à défaut de ventouse, appliquer la bande pendant une heure environ en serrant plus fortement que dans les cas décrits plus haut.

Il faut acquérir une certaine pratique dans l'application de la bande : il est bon de procéder à quelques tentatives méthodiques si l'on veut obtenir de bons résultats.

E. Vogt.

Traitement opératoire des varices de l'extrémité inférieure, par Bottomley (*Boston med and surg. J.*, 12 septembre 1907). — Le facteur étiologique le plus important, d'après l'auteur, est congénital : dans une petite proportion il est inflammatoire.

L'opération qui donnera les meilleurs résultats doit comprendre l'extirpation de la veine saphène interne ; mais à ce procédé on peut en ajouter d'autres suivant chaque cas. Avant d'en arriver à l'intervention il faut s'assurer que les veines profondes de l'extrémité inférieure ne sont pas obstruées à un degré marqué.

Comme temps préliminaire de toute opération qui a pour objet le transport de la circulation veineuse des veines superficielles dans les veines profondes, il faut rechercher s'il n'existe pas un obstacle à la circulation profonde. L'existence d'une phlébite grave dans les antécédents est suspecte. Mayo a trouvé expédient, dans les cas douteux, de faire porter un bas élastique depuis les orteils jusqu'au genou pendant une semaine. Si le malade marche mieux et se trouve soulagé, il est probable que la perméabilité des veines profondes est suffisante.

L'auteur pratique l'opération de la façon suivante. La veine saphène interne est divisée entre deux hémostats au tiers supérieur de la cuisse. L'extrémité supérieure est liée : le bout périphérique est passé dans l'an-

neau de l'énucléateur et de nouveau saisie avec un hémostat. La veine, modérément tendue par une traction, est extirpée sous la peau en poussant l'énucléateur dans la direction du genou. Lorsque la veine a été détachée sur une étendue de six à huit pouces, l'anneau est relevé contre la peau, on fait à ce niveau une courte incision, on saisit la veine, retire l'énucléateur, et on extirpe la veine. On procède de même sur une autre longueur de la veine, en continuant ainsi jusqu'à ce que la veine soit extirpée à quatre ou six pouces au-dessous du genou.

S'il existe une hémorragie un peu abondante on l'arrête par une pression avec de la gaze ou un léger tamponnement au niveau de l'incision. On peut remplacer l'énuclateur par une longue pince formant anneau lorsque les mors sont fermés. Occasionnellement on emploie la torsion pour enlever des portions de veine ou leurs branches. La saphène externe est également extirpée lorsqu'elle est variqueuse. L'auteur a pratiqué l'opération dans 57 cas; sur 28 malades dont il connait les résultats éloignés, 24 sont parfaitement bien : dans 3 cas le résultat est bon, et dans un cas l'opération a échoué, probablement à cause d'une obstruction profonde.

L. Jumon.

Adénites tuberculeuses traitées par la tuberculine, par Guinard (*Le Bulletin médical*, 14 septembre 1907). — L'auteur a traité un tuberculeux, porteur d'adénites cervicales multiples et volumineuses, par des injections de tuberculine faites tous les deux ou trois jours, à la dose moyenne de 1/80e à 1/100e de milligramme. Au total, le malade a reçu, en 50 injections, 0,723 milligrammes de tuberculine précipitée, pesée sèche.

On a noté dès le début des réactions très vives aux points où on fit les piqûres, avec tuméfaction atteigdant le volume d'un œuf de pigeon, mais sans température ni trouble de l'état général. Les masses indurées des adénopathies ont présenté des douleurs. Au bout de cinq semaines, le volume des tumeurs avait beaucoup diminué, et il y avait en certains points une suppuration franche, au bout de trois mois depuis le début du traitement, incision des abcès qui se cicatrisent assez vite. On procéda encore ultérieurement à quelques incisions.

Actuellement, on ne trouve plus que quelques petits foyers indurés.

La méthode paraît fort avantageuse, mais il y a lieu de faire des réserves lorsqu'il est possible de soupçonner l'existence de ganglions profondément situés, derrière le sternum, par exemple.

E. Vogt.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr Pierre Sée,

Lauréat de la Faculté.

L'artériosclérose gastrique, par M. L. Cheinisse (*Semaine médicale*, n° 33, 14 août 1907, p. 385). — L'artériosclérose de l'estomac a été longtemps méconnue. Les recherches anatomo-pathologiques d'Hasenfeld ont démontré que la sclérose des vaisseaux abdominaux n'est pas rare.

Cette localisation particulière du processus athéromateux se traduit, en clinique, par des symptômes propres; ils peuvent dominer le tableau de l'artériosclérose généralisée, ou bien constituer à eux seuls toute la maladie.

M. Huchard avait déjà, en 1899, appelé l'attention sur les faux cancers dus à la sclérose des artères de l'estomac et il avait signalé des relations entre l'artériosclérose et la linite plastique de Brinton. Il rattache de même à l'artériosclérose l'angine à forme pseudogastralgique, qui se traduit par des symptômes gastriques intenses (flatulences, nausées, vomituritions, dilatation de l'estomac, douleurs gastralgiques, etc.).

M. Pal range également ces pseudogastralgies parmi les crises vasculaires des artérioscléreux et M. Carrière insiste sur ce fait que les troubles fonctionnels de l'estomac à type gastralgique ne s'observent guère, au cours des cardiopathies, que chez les sujets atteints d'artériosclérose. Il admet que la sclérose des vaisseaux gastriques produit une crampe douloureuse analogue à celle qu'on observe au cœur dans l'angine coronarienne, et semblable à celle du muscle dans la claudication intermittente.

Un médecin américain, M. Schwyzer, en avril 1907, a invoqué le même mécanisme pour expliquer le ballonnement de l'estomac, suivi d'éructations, chez les cardiaques. Il appuie son opinion sur ce fait que les troubles gastriques, exceptionnels chez les jeunes sujets atteints de cardiopathies

(même lorsque la lésion cardiaque n'est pas compensée), sont, au contraire, très fréquents chez les individus âgés et artério-scléreux.

M. Tedeschi enfin a indiqué que l'artériosclérose gastrique pouvait simuler l'ulcère de l'estomac, et, en mai 1907, M. Lévine relatait deux cas d'hématémèses mortelles, pour lesquels l'autopsie décela l'existence de lésions scléreuses accentuées des artérioles de l'estomac, avec ulcérations multiples de la muqueuse gastrique. Des observations semblables avaient été antérieurement publiées par MM. Gallard, Sachs, Hirschfeld.

La thérapeutique de l'affection doit, d'après M. L. Cheinisse, être surtout prophylactique. On instituera un traitement préventif de l'artériosclérose (iodure de sodium à petites doses) et on évitera le surmenage de la circulation stomacale en prescrivant une alimentation légère. Si le malade est mis au régime lacté, il ne devra pas absorber plus d'un litre de lait et il le prendra, par petites quantités, dans le courant de la journée. Enfin, pendant la digestion, il se reposera et évitera de s'exposer au froid qui serait de nature, d'après M. Schwyzer, à favoriser la production du spasme vasculaire.

PIERRE SÉE.

Sur la flatulence et son traitement, par MAX EINHORN (*Med. Rec.*, 14 septembre 1907). — La flatulence peut être stomacale ou intestinale ; elle est quelquefois idiopathique et tient à une affection fonctionnelle ou nerveuse de l'estomac ou de l'intestin. Elle peut subsister pendant longtemps, sans conséquences sérieuses, souvent il n'y a pas augmentation des fermentations. Dans certains cas elle tient à l'aérophagie.

Dans le catarrhe gastrique aigu et chronique, il peut y avoir réellement augmentation dans la formation des gaz en même temps qu'une diminution dans leur absorption. Il en est de même dans l'entérite chronique, surtout lorsqu'il y a dyspepsie pour les hydrates de carbone. Les malades accusent alors une plénitude dans la région inférieure de l'abdomen et l'émission de gaz.

La flatulence secondaire survient dans beaucoup d'affections des voies digestives, dans des troubles cardiaques, circulatoires et respiratoires. La sensation de constriction thoracique diminue par l'émission des gaz.

Dans la flatulence primitive, le point principal est d'informer le malade qu'il n'a rien à craindre si l'émission de gaz ne se produit pas. Au point de vue du régime, aucune restriction n'est nécessaire dans l'éructation simple. Dans la flatulence qui est due au trouble de l'absorption de l'intestin, il est bon d'exclure du régime les boissons gazeuses et la plupart des aliments flatulents, haricots, choux, oignons. On peut aussi prescrire pendant quelque temps les sédatifs nerveux.

Dans la flatulence secondaire, il faut surtout combattre la cause. Au point de vue du régime, il faut surtout éviter les repas trop copieux qui surchargent les viscères abdominaux.

L. JUMON.

Action excito-motrice de la bile sur l'intestin, par MM. HALLION et NEPPER (*Soc. biol.*, 20 juillet 1907). — MM. Hallion et Nepper ont constaté que le fait d'introduire expérimentalement de la bile dans le rectum d'un chien produit, sur cet organe, une action excito-motrice, qui a pour conséquence des mouvements de défécation.

Cette opération produit, chez l'homme, des effets analogues : aussi les auteurs l'ont-ils pratiquée sur plusieurs sujets atteints de constipation et ont obtenu de bons résultats.

On aurait une méthode nouvelle, et que recommandent les auteurs, pour traiter la constipation.

PIERRE SÉE.

Guérison survenue pendant un incendie, d'un cas d'entérite muco-membraneuse vieille de quatre mois, par le Dr VINCE (*Gaz. méd. de Nantes*, 21 sept. 1907). — Il s'agit d'une femme de trente ans, très arthritique, très nerveuse, mais très positive, très vigoureuse, femme de sport. En novembre 1906 elle fut atteinte d'entérite muco-membraneuse. Pendant quatre mois un traitement assidu n'eut aucun effet ni sur la douleur, ni sur la constipation ; l'expulsion muco-membraneuse était aussi abondante. La malade, maigrissant et s'affaiblissant, fut souvent obligée de garder le lit durant huit et quinze jours.

En février 1907, un incendie éclate dans la chambre de la malade, qui, malgré sa frayeur, eut un sang-froid remarquable. Deux jours plus tard, douleur, constipation, expulsion muco-membraneuse cessèrent absolument.

La malade, immédiatement, abandonna

tout régime, toute médication, tout laxatif. Des repas d'épreuve constitués par des aliments les plus indigestes ne déterminèrent aucune rechute. Les forces revinrent très rapidement avec l'embonpoint et il n'y eut aucune récidive.

L. JUMON.

Traitement de l'embâcle des matières, par LEWIS H. ADLER (*Med. Record*, 7 septembre 1907). — Le terme d'embâcle est employé ici pour désigner l'accumulation des matières dans l'ampoule rectale ou l'anse sigmoïde, dans lesquelles cette accumulation peut atteindre de très grandes proportions. Il ne s'agit pas ici d'un état de constipation chronique, mais d'une stase des matières due souvent à une affection paralytique, au tabes, etc. Des corps étrangers dans l'intestin, tels que des pépins, des noyaux, des entérolithes, des vers, peuvent donner lieu à cet état. Par suite de l'irritation due à la présence des matières, la maladie se manifeste par de la diarrhée et l'émission de mucus, parfois du sang et des matières fétides. Le malade se plaint souvent de ténesme, de coliques, de flatulence, et présente des signes de faiblesse, surtout après les efforts pour aller à la selle. Le diagnostic se fait par le toucher rectal.

Le traitement consiste à enlever la masse fécale et à calmer l'inflammation de la muqueuse intestinale, enfin à combattre les causes qui produisent l'embâcle.

Le malade étant anesthésié, on dilate de force le sphincter, après quoi on va fragmenter la masse fécale avec les doigts ou une cuiller. Chez les femmes, l'opération peut être facilitée par l'introduction de doigts dans le vagin, qui fixent la masse.

Avant de recourir aux instruments on peut essayer de ramollir les matieres et de faciliter leur sortie au moyen de lavements; c'est ce qu'il faut faire lorsque la masse située dans la région sigmoïde n'est pas accessible aux instruments. On injectera à plusieurs reprises de l'eau chaude savonneuse additionnée de glycérine. Si les matières sont arrêtées dans l'anse sigmoïde, il faut se servir d'une sonde un peu dure, injecter l'eau aussi haut que possible en faisant prendre au malade la position génupectorale.

Tuttle, pour déloger les matières de la région sigmoïde, injecte un mélange de glycérine et de bile de bœuf dans l'eau et vingt-quatre heures après distend l'intestin par le proctoscope pneumatique qu'il introduit le plus haut possible et qu'il gonfle ensuite.

On recommandera au malade de ne pas recourir aux drastiques qui exercent une action très irritante et qui peuvent faciliter la rupture de l'intestin.

Après l'opération, on calme l'inflammation par des lavements de graines de lin et une cuillerée à café de teinture de benjoin par demi-litre. Dans la suite, l'auteur recommande de combattre la constipation par les pilules bleues, la physostigmine, les suppositoires de glycérine.

L. JUMON.

Accidents causés par des purgatifs et des lavements, par GALLOIS (*Bulletin médical*, 11 septembre 1907). — L'auteur, en dehors des accidents graves, même mortels, relatés dans la littérature, attire l'attention sur des troubles moins graves que les purgatifs sont susceptibles de provoquer.

L'abus des purgatifs provient surtout de la terreur qu'inspire au public la constipation, alors que de nombreux exemples prouvent que cet état parétique n'a pas de si grands inconvénients qu'on veut bien le dire : les chirurgiens d'ailleurs constipent souvent volontairement leurs malades en vue d'une opération abdominale.

Le sujet qui vide un intestin par un purgatif ne songe pas au fait que, pour remplir à nouveau son intestin, il faut deux ou trois jours, et reprend un laxatif dès le second jour : en continuant ainsi, il finit par rendre son intestin paresseux.

Pour éviter l'emploi des purgatifs, il faut avant tout supprimer autant que possible les aliments d'origine animale, viande, œufs, lait, et avoir présent à l'esprit que la constipation est pour ainsi dire un état normal, puisque sur 10 personnes, 8 environ en sont atteintes. Il faut surtout se garder de vouloir traiter trop énergiquement, par les purgatifs et les grands lavages, les entérites que cette thérapeutique ne fait qu'aggraver.

E. VOGT.

Contre les crises gastriques du tabes et les vomissements incoërcibles, par M. AMBLARD, (d'après *Journ. méd. de Paris*, n° 32, 11 août 1907, p. 308).

Menthol.....	0,05 centigr.
Sucre de lait.....	0,50 centigr.

Pour 1 cachet, à prendre avec un demi-verre d'eau.

PIERRE SÉE.

Contre la diarrhée cholériforme, d'après RACHON (*Journ. de méd. de Paris*, n° 34, 25 août 1907, p. 327).

Eau distillée.....	200	grammes.
Sirop de cachou.....	40	—
Formiate d'éthyle, 1 à	2	—

Par cuillerées à soupe toutes les deux heures.

PIERRE SÉE.

Appareil pulmonaire.

Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement actif de la pneumonie, par J. SMITH (*Merck's Archives*, sept. 1907). — Un point que ne comprend pas le public et parfois même le médecin, est que la maladie est le résultat direct de la vie confinée dans les pièces mal ventilées, fermées et surchauffées. Le froid agit alors à la suite de la diminution de la résistance par la respiration d'un air impur. La valeur du traitement par l'air pur est donc évidente. La lumière du soleil est fatale au pneumocoque, la lumière et l'air sont des facteurs thérapeutiques essentiels.

La fièvre est retenue dans ses limites par l'hydrothérapie. Les expectorants et les analgésiques sont indiqués pour faciliter l'expectoration, diminuer la douleur, bien que celle-ci soit souvent combattue par la glace ou le sac d'eau chaude.

On donne des stimulants, de l'alcool, la strychnine et la caféine quand le cœur présente des signes de faiblesse.

La vératrine permet de maintenir l'équilibre entre le cœur et la circulation périphérique. Il ne faut l'employer que dans les états sthéniques où le médicament agit à la façon d'une saignée. La vératrine combat l'excitation artérielle, déprime la tension, ralentit le cœur et le pouls et diminue la congestion en dérivant le sang vers les aires vasculaires en état de constriction. La dose est de 0 gr. 0004 toutes les demi-heures jusqu'à effet, mais il ne faut faire usage du médicament que pendant les trente-six premières heures.

L'aconitine a une action analogue à la vératrine, en calmant l'action du cœur et en relâchant le spasme vasomoteur. Elle est utile dans les premiers stades de la pneumonie.

La digitaline est indiquée contre la paralysie vasomotrice, pour déterminer la contraction des artérioles pulmonaires dilatées, en même temps que l'aconit fait cesser le spasme dans d'autres régions.

L'arséniate de strychnine est un puissant moyen de stimulation indiqué dès qu'il existe un affaiblissement marqué.

Ces quatre médicaments forment la base du traitement immédiat dans tous les cas de congestion pulmonaire aiguë.

Dès le début, on doit évacuer l'intestin par un purgatif et agir sur lui par des antiseptiques, tels que les sulfophénates de soude, de zinc et de chaux.

Les nucléines peuvent être recommandées pour favoriser l'action de la leucocytose.

L. JUMON.

Contribution au traitement de l'emphysème pulmonaire, par PÆSSLER et SEIDEL (*Münch. med. Woch.*, 17 septembre 1907). — L'emphysème pulmonaire se fait remarquer par deux phénomènes cliniques principaux : l'augmentation de volume des poumons, l'altération de la forme du thorax, celle-ci étant considérée comme secondaire. A. Freund, au contraire, il y a une cinquantaine d'années, a soutenu que les anomalies acquises ou congénitales du cartilage costal sont très souvent la cause de l'altération de forme de l'ouverture supérieure du thorax et que cette altération joue un rôle très grand dans l'étiologie de l'emphysème et de la tuberculose. Dans ces dernières années, Freund a repris son idée pour l'affirmer sur de nouvelles observations. La conséquence de l'altération du cartilage costal est la dilatation rigide du thorax. Pour supprimer cet état de rigidité de la paroi thoracique et en même temps la position d'inspiration extrême, Freund a proposé d'exciser un fragment des cartilages costaux.

Les auteurs, aux deux cas publiés de cette opération, en ajoutent un personnel, dans lequel ils pratiquèrent une résection des six premiers cartilages costaux dans une étendue de 1 à 2 centimètres. La guérison eut lieu sans incident. La capacité pulmonaire qui était de 2.000 cc. avant l'opération et de 1.200 quatre jours après l'opération s'éleva à 2.700 à la sortie du malade, qui pouvait monter les étages et courir une certaine distance sans être essoufflé.

Les auteurs pensent que l'opération de Freund dans l'emphysème avec dilatation rigide du thorax est d'une utilité incontestable. L'opération faite d'un seul côté peut déjà donner un résultat considérable. L'opération n'est pas particulièrement difficile au point de vue technique, ni trop pénible pour le malade. Il y aurait lieu de réséquer aussi le cartilage malade de la première côte. Le moment le plus favorable pour opérer serait celui où apparaît la dyspnée dans les efforts. L'opération peut encore être utile lorsqu'il existe des troubles secondaires d'insuffisance cardiaque, mais il faut la déconseiller dans les cas avancés.

L. Jumon.

La cure de terrain chez les tuberculeux pulmonaires, par Mantoux (*La Presse médicale*, 7 septembre 1907). — L'auteur emploie cette méthode adjuvante depuis quatre ans : elle met en jeu, à la montée et à la descente, des groupes musculaires différents, développe et fortifie le muscle cardiaque et augmente la capacité pulmonaire. Il va sans dire que l'on ne peut soumettre à la cure de terrain que les tuberculeux supportant bien l'exercice.

En dehors de ces malades, le traitement convient aux sujets atteints de dyspnée d'effort de cause mécanique, tels que les scléreux pulmonaires, les emphysémateux, les anciens pleurétiques, dont le champ de l'hématose est amoindri, qui s'essoufflent aux montées.

L'entraînement doit toujours être progressif, commencer par des routes peu inclinées, des promenades courtes. On ne doit jamais trouver d'hyperthermie chez les malades qui rentrent, et on ne continuera l'entraînement que si la température reste stable.

La cure de terrain est préférable à la gymnastique respiratoire qui exerce une action trop énergique et risque de provoquer des hémoptysies, des poussées aiguës. Il est vrai que la gymnastique peut s'appliquer à des sujets alités. Seul, l'état local du poumon la contre-indique : pour la cure de terrain, c'est l'état général qui peut seul fournir une contre-indication. On peut du reste associer avec fruit ces deux méthodes chez un même malade.

E. Vogt.

Action de la théocine dans les cardiopathies, par Fr. Colclough (*The Brit. med. J.*, 21 septembre 1907). — Dans un cas de cardiopathie avec lésion rénale, l'auteur a obtenu d'excellents effets de l'acétate de théocine sodique. Il s'agit d'un homme de cinquante ans atteint de dyspnée et de vomissements, présentant de la dilatation cardiaque, de l'athérome artériel, un peu d'ascite et de l'œdème des membres inférieurs. L'urine, rare, contenait beaucoup d'albumine. Le foie débordait de 3 à 4 travers de doigts les fausses côtes.

Le calomel, les laxatifs et la digitaline procurèrent d'abord un léger soulagement, mais l'œdème persistait sous l'influence de pilules de scille et de digitale ; l'urine augmenta notablement. L'œdème persistant toujours, l'auteur administra 30 centigrammes de théocine trois fois par jour. De 1 litre l'urine monta à 1 litre 1/2 et 2 litres ; l'œdème disparut complètement, le pouls s'abaissa de 100 à 80 et l'état général fut beaucoup meilleur. La diurèse continua de rester élevée. Le médicament n'a pas provoqué de nausées ni de symptômes désagréables.

L. Jumon.

Traitement de l'angine de poitrine par des bains de lumière électrique (arc au charbon) par Hasselbach et Jacobæus (*Berlin. klin. Woch.*, 30 septembre 1907).

— La lampe électrique employée avait une puissance de 55 volts 150 ampères, la distance entre le thorax du malade et la source lumineuse était d'environ 85 centimètres, la durée des séances d'une heure environ. Les auteurs ont cherché, dans 26 cas d'angine de poitrine, à provoquer, non pas une dermatite superficielle, mais bien un afflux permanent du sang vers la peau. On arrive à ce résultat de la façon suivante : une première séance provoque une dermatite suivie de desquamation : dès que celle-ci est terminée, on fait prendre un bain de lumière plus long. Après une dizaine de séances de ce genre, séparées par des intervalles de cinq jours environ, la peau est en état d'hyperémie permanente ; elle est chaude, de couleur rouge-jaunâtre et reste dans cet état pendant six à neuf mois.

Cette méthode intensive trouvera sans doute ultérieurement diverses indications, car on constate que la pression sanguine des artères moyennes est abaissée (10 p. 100 environ), et il se produit une décongestion des organes internes avec diminution de l'étendue de la matité cardiaque. La respiration devient plus lente et plus profonde

pendant environ sept jours après le bain, la muqueuse du nasopharynx plus sèche, et les sécrétions exagérées disparaissent entièrement.

L'état général est peu influencé, l'humeur devient plus égale chez les sujets irritables. La peau, dont la température augmente en général de 0,5 à 1°,5, devient plus résistante au froid ; ce phénomène ne s'observe qu'au bout de deux ou trois jours après le bain.

Il y a lieu de remarquer que plusieurs agents thérapeutiques (nitrite d'amyle, nitroglycérine, révulsifs cutanés, etc.) provoquent précisément un afflux de sang à la peau.

Les auteurs n'ont, autant que possible, soumis à ce traitement que les cas d'angine de poitrine vraie, en se basant sur les caractères cliniques décrits par Huchard.

4 cas sur 26 étaient graves : chez 25, une amélioration plus ou moins durable fut obtenue : il n'y eut qu'un seul insuccès. Les mêmes effets se manifestèrent dans une série d'affections organiques du cœur.

Comme actions accessoires, il y a lieu de citer des vertiges, des nausées : ces états passagers sont sans doute dus à l'anémie cérébrale, conséquence de l'hyperémie cutanée.

E. Vogt.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chef de clinique de la Faculté de médecine.

Neurorrhexis et chromolyse dans la névralgie faciale, par le Dr Mériel (*La Province médicale*, 28 septembre 1907). — On sait par les observations faites dans ces dernières années que la section et la résection des nerfs ne peuvent venir à bout des névralgies rebelles du trijumeau. Cela tient à ce que le nerf réséqué même sur une notable étendue finit par se régénérer ainsi que les cellules d'origine des fibres constituantes du nerf atteint. Il se produit dans ces cellules, à la suite du traumatisme, des phénomènes de chromolyse qui sont d'autant plus durables que le nerf se trouve plus complètement détruit. C'est ainsi que la chromolyse est plus durable dans la rupture lente et surtout dans l'arrachement brusque du nerf.

Aussi Gehuchten, se basant sur la dégénérescence wallérienne des fibres de la racine bulbo-spinale après arrachement des branches du trijumeau et tenant compte des phénomènes qui se passent dans les cellules d'origine des nerfs moteurs après arrachement périphérique, croit pouvoir conclure que l'arrachement d'une des branches du trijumeau est suivi de l'atrophie des cellules correspondantes du ganglion de Gasser. Il devient naturel dès lors de proposer l'arrachement des nerfs comme traitement chirurgical de la névralgie trifaciale.

Cet arrachement, d'après Mériel, doit être violent, brusque, car l'intensité des phénomènes cellulaires est en rapport étroit avec l'intensité du traumatisme.

Il faudra aussi saisir le nerf le plus près possible de la base du crâne.

L'opération est moins redoutable que les opérations intra-craniennes. Il se produit quelquefois une assez forte hémorragie au cours de l'arrachement ; on peut blesser l'artère petite méningée qui entre dans le crâne par le même orifice, le trou ovale. Un bon tamponnement à la gaze tassée suffira pour arrêter l'hémorragie.

L'arrachement brusque et violent se fait en saisissant le tronc nerveux préalablement dégagé et isolé entre les mors d'une pince hémostatique courte et forte et en exerçant une traction énergique et brusque.

L. Jumon.

Névrome du nerf radial, traitement, par le professeur Jaboulay (*La Province médicale*, 21 sept. 1907). — Une malade à la suite d'un traumatisme direct sur la partie postérieure du bras éprouva dans la suite des troubles douloureux dans le nerf radial, puis une parésie musculaire des muscles innervés par ce nerf. En palpant la face postérieure du bras, on trouvait une petite tumeur fusiforme, du volume d'une olive, et dont la palpation même légère suffisait à provoquer une crise douloureuse paroxystique, irradiée dans tout le membre. Il s'agit ici d'un névrome qui peut grossir et s'accompagner de la formation d'autres névromes.

Le traitement général médicamenteux peut soulager les douleurs, le meilleur médicament est ici l'azotate d'aconitine. Mais il faut recourir à une thérapeutique plus active, à l'ablation.

L'opération consiste à inciser les plans

superficiels pour découvrir le névrome. On cherche alors à l'énucléer en écartant les fibres, sans occasionner de solution de continuité nerveuse ou si cette énucléation est impossible, on résèque le nerf au-dessus et au-dessous et on suture les deux bouts.

Dans ce dernier cas, il se produit forcément une paralysie des muscles innervés par le radial, mais cette paralysie n'est que temporaire, et au bout d'un temps qui peut aller jusqu'à une année, on voit la force revenir dans les muscles.

Le retour de la fonction musculaire se fait en trois temps successifs, correspondant aux trois groupes musculaires commandés par le nerf. Ce sera d'abord le redressement du poignet, puis l'extension des doigts sur les métacarpiens, enfin l'abduction du pouce. Il faut toujours aider cette guérison par l'électrisation faradique ou galvanique.

La malade a été guérie radicalement de ses douleurs par l'ablation de son névrome. Mais comme il a fallu sacrifier la moitié longitudinale du nerf, il en est résulté une paralysie motrice complète apparue le lendemain matin seulement. Un mois après, la malade relevait le poignet et commençait à étendre les doigts.

L. JUMON.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

De la nature et du traitement des polypes du nez, par L. LANDOIS, d'après JACQUES (*Rev. médic. de Louvain*, mai 1907). — La repullulation quasi fatale et illimitée des polypes du nez après l'extirpation la plus parfaite est de notion courante.

Les polypes du nez ne sont pas, comme l'ont écrit Virchow et tous les auteurs, des myxomes dont la structure est identique à la gelée de Warthon, mais, comme l'a reconnu Hoffmann, des œdèmes localisés, à tendance hypertrophique, nés en certaines régions de la pituitaire.

Si les polypes peuvent naître d'un point quelconque de la pituitaire, généralement leur point de départ est la moitié antérieure du méat moyen où la muqueuse est plus lâche et contient moins de fibres élastiques, de faisceaux connectifs que la région inférieure. Comme tous les œdèmes, les polypes nasaux peuvent avoir une cause locale ou générale; ils ne sont point une affection primitive. Les conditions étiologiques générales sont vagues et incertaines : l'âge mûr et peut-être l'hérédité ont une influence.

Ce sont presque toujours des causes locales, insoupçonnées autrefois, qui doivent être mises en cause : gêne mécanique de la respiration nasale, traumatismes répétés accidentels ou professionnels.

Ce sont surtout les affections locales de voisinage qui sont le facteur le plus puissant pour déterminer la formation des polypes. Pour Grunwald, les polypes, dans le plus grand nombre des cas, constituent un bon signe pathognomonique des empyèmes des cavités accessoires ou des suppurations localisées dans le méat moyen.

Il faut donc chercher si, avec les polypes, il n'existe pas de suppuration dans l'une des cavités voisines.

Le catarrhe chronique diffus de la pituitaire peut aussi être une cause de polypes.

Les neuro-arthritiques sujets à l'hydrorrhée nasale, qui est d'origine essentiellement névropathique peuvent présenter des œdèmes circonscrits pédiculés, en dehors de toute inflammation.

Dans ce dernier cas, le traitement général par la noix vomique, l'atropine, aura le pas sur l'intervention chirurgicale qui se bornera à réduire les parties les plus dégénérées.

Parmi les divers moyens d'exérèses, le plus employé est l'anse froide; la pince est réservée aux cas où la fosse nasale est entièrement tapissée de petits polypes sessiles.

Pour éviter la récidive on peut être obligé d'enlever complètement le cornet moyen dont la muqueuse est en voie de dégénérescence.

A. COURTADE.

Traitement de l'épistaxis par le froid, par R. HELOT (*Revue médic. de Normandie*, juin 1907). — En présence d'une épistaxis abondante, nos pères employaient les moyens hémostatiques les plus divers : topiques de fiente de porc et d'âne, ligature des extrémités, saignée; occlusion des oreilles avec de l'étoupe et localement la toile d'araignée dont on remplissait la fosse nasale; de tous ces moyens le plus répandu était le froid.

On conseillait de laver la face avec de l'eau très fraîche et d'en tenir constamment

dans la bouche; on trempait les pieds et les mains dans l'eau froide.

Dans un ouvrage contenant des recettes médicales et intitulé *Bouquet de santé* Jean Margastaud donne le conseil suivant : « Trempez un écheveau de fil qui n'ait pas été à la lessive dedans de l'eau froide et en même temps appliquez-le sur les parties honteuses, soit homme ou femme, et vous verrez par cette méthode arrêter en même temps le sang; en cas qu'il revienne réitérez une seconde fois. »

La clef appliquée dans le dos est un procédé populaire et très usité pour arrêter les épistaxis; il n'est point douteux que le saisissement qu'éprouve le sujet quand un corps froid est en contact avec la peau ne produise de la vaso-constriction et la cessation d'une hémorragie nasale légère.

Une très originale caricature de Daumier, reproduite dans cet article, montre les commères appliquant le remède énergique qu'est une grosse clef dans le cou d'un enfant qui saigne abondamment.

A. Courtade.

La laryngostomie dans le traitement des sténoses du larynx, par Sargnon et Barlatier (*Rev. hebd. de laryng., d'otol.*, août 1907). — Sous le nom de laryngostomie, les auteurs désignent l'opération qui consiste dans la mise à l'air du larynx seul ou du larynx et de la partie supérieure de la trachée d'une façon permanente ou temporaire, mais alors temporaire de longue durée.

Kilian serait le premier qui aurait appliqué cette méthode dans certains cas de retrécissement grave du larynx.

Manuel opératoire. Cette opération comprend quatre temps distincts : 1° La laryngostomie proprement dite; 2° la dilatation et les pansements; 3° l'autoplastie; 4° la surveillance et le maintien d'un orifice trachéal de sûreté.

I. *Laryngostomie.* On doit opérer le malade complètement à froid, c'est-à-dire en dehors de toute poussée pulmonaire ou fébrile; on emploiera la position de Rose.

En dehors des instruments généraux, on devra avoir : un fort bistouri boutonné pour sectionner les cartilages, une forte sonde cannelée pour dilacérer les brides cicatricielles, de minces écarteurs, une canule Krishaber de rechange, de la soie forte pour la suture des cartilages et enfin une forte lampe électrique ou un miroir de Clar.

On aura recours à l'anesthésie générale ou à l'anesthésie locale par la méthode d'infiltration de Schleich avec la solution forte, si la première est impossible.

Le malade étant insensibilisé, l'opérateur pratique une incision médiane, du bord supérieur du cartilage thyroïde jusqu'à l'orifice de la canule trachéale; on met à nu la face antérieure de la trachée et du larynx.

Le conduit aérien est sectionné de bas en haut avec le bistouri boutonné, en passant celui-ci dans l'orifice trachéal débarrassé de la canule. Cette section, qui doit être médiane, s'arrête au bord supérieur du cartilage thyroïde; elle est facile si la sténose n'est pas très serrée, mais quand la soudure laryngée est totale la section médiane devient très difficile; il faut alors s'aider du stylet ou de ciseaux pour créer un trajet artificiel médian et inciser à fond le tissu cicatriciel.

On badigeonne le larynx avec une solution de cocaïne à 1 p. 30 et adrénaline 1 p. 1000 pour supprimer les réflexes.

Les cicatrices qui siègent toujours dans la région cricoïdienne sont sectionnées jusqu'à la paroi postérieure; Kilian n'en pratique pas l'excision, car le tube de caoutchouc les fait résorber.

Les sutures, faites à la soie et au nombre de trois, comprennent le cartilage, les muscles et les téguments; elles ne doivent pas être trop serrées; ces sutures ne sont pas indispensables.

Cela fait, après nettoyage de la région opératoire, on place dans la trachée une canule qui est échancrée à sa partie supérieure et dont le verrou est en bas.

On place alors un drain de caoutchouc rouge, à paroi épaisse, de 4 à 6 centimètres de long et du numéro 15 ou 16 pour un enfant. Une des extrémités taillée droit ou en bec de flûte doit avoir son pourtour bien arrondi; un fil de soie est passé au travers du drain, vers son milieu environ; ce dernier est enduit de vaseline.

En haut, le drain arrive jusqu'aux aryténoïdes, qu'il ne doit pas dépasser, et en bas il touche la convexité de la canule.

Ce drain est retenu par le fil de soie dont les extrémités sont fixées aux boucles de la canule.

II. *Dilatation et pansements.* De la minutie des soins consécutifs dépend le succès de l'opération; chaque cas particulier nécessite de petits détails de technique. La canule sera nettoyée toutes les heures le premier jour et les pansements renouvelés une à deux fois par jour. L'alimentation

sera liquide ou demi-liquide pendant les deux ou trois premiers jours; la température sera prise avec soin.

Les drains de caoutchouc, destinés à la dilatation, seront augmentés de diamètre très graduellement, comme pour l'urèthre.

Si, dans les premiers jours le drain est mal supporté, on le remplacera momentanément par de la gaze vaselinée.

Dans les premières semaines il faut changer le drain tous les jours, puis tous les deux ou trois jours, puis à plus long intervalle.

La dilatation doit être poussée jusqu'à ce qu'on ait atteint le calibre normal du larynx, ce qui demande plusieurs mois de traitement.

La marche de la plaie opératoire comprend trois phrases : le stade de sphacèle qui apparaît vers le troisième jour que l'on combat par des pansements fréquents, avec l'eau oxygénée, le stade de bourgeonnement qui exige des cautérisations et le stade d'épidermisation.

La dilatation laryngée obtenue, il faut fermer l'orifice trachéal; Kilian conseille deux lambeaux latéraux en pont et le maintien d'un drain de caoutchouc en T à respiration exclusivement buccale. Sargnon et Barlatier préfèrent laisser l'orifice trachéal se fermer seul, la fistule servant de point de repère, en cas d'alerte.

A. COURTADE.

Maladies des voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Des rétrécissements de l'urètre et de leur traitement, par BATUT (*Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 1er août 1907). — Cet article constitue une revue très complète du traitement des rétrécissements urétraux : les différents procédés opératoires employés pour supprimer les rétrécissements traumatiques y sont décrits successivement, avec les indications bibliographiques. L'auteur conseille la résection partielle du nodus cicatriciel en mettant en place une sonde molle.

L'urétrotomie interne ou externe ne doit être faite, pour les rétrécissements blennorragiques, qu'en cas d'échec de la dilatation : on a le tort de ne pas poursuivre celle-ci avec assez de patience, au besoin avec anesthésie locale à la cocaïne.

M. DESCHAMPS.

Traitement de la torsion du testicule, par RUSSELL HOWARD (*The. Brit. med. J.*, 21 septembre 1907). — En considérant le traitement de la torsion du cordon spermatique, il est important de distinguer séparément la torsion d'un testicule arrêté dans sa descente de celle d'un testicule complètement descendu, ainsi que les cas de torsion récurrente. Dans le premier cas, le testicule est généralement inutile au point de vue fonctionnel : il y a souvent une hernie congénitale et toujours communication entre la tunique vaginale et la cavité péritonéale. Beaucoup de chirurgiens enlèvent l'organe et ferment l'anneau interne. C'est la seule manière d'éviter l'éventualité d'accidents graves dans la suite. Dans les cas où les symptômes ne sont pas très sérieux, il n'y a cependant pas urgence à opérer. La tunique vaginale doit être enlevée avec le testicule et la cavité péritonéale fermée avec une ligature. On a essayé, dans beaucoup de cas de torsion aiguë, de sauver l'organe par la détorsion du cordon et en fixant le testicule dans sa position : mais l'organe se sphacèle et s'atrophie.

Dans les cas de descente complète, le testicule est physiologiquement normal. La cavité péritonéale ne communique pas nécessairement avec la vaginale et la hernie n'est pas fréquente. Si le diagnostic est fait de bonne heure, on peut essayer la détorsion de dedans en dehors. Si cette manœuvre augmente la douleur et si le testicule ne conserve pas sa nouvelle position, il faut détordre de dehors en dedans. Si l'on n'y parvient pas, il peut être indiqué de faire une incision pour mettre à nu le cordon et le détordre. On enlève alors la portion pariétale de la tunique vaginale et le testicule est fixé par une ou deux sutures.

Si l'on arrive tardivement, la détorsion ne sera pas toujours possible. Par le repos au lit, l'élévation du testicule et l'application de compresses froides, la douleur se calme en un ou deux jours et le malade se trouve bien, sauf si le testicule est gonflé et douloureux. Le gonflement disparaît peu à peu et le testicule revient à la normale ou bien s'atrophie en partie ou complètement. Bien que le testicule puisse être perdu au point

de vue fonctionnel, cet état est préférable à la perte complète de l'organe et on a évité les dangers d'une opération, On peut diminuer beaucoup la douleur par une ponction de l'hydrocèle, qui renferme habituellement du sang. L'auteur recommande ici l'emploi du ténotome plutôt que le trocart. S'il survient des signes d'inflammation et de suppuration, il faut enlever le testicule. L'orchidectomie est également indiquée en cas d'existence d'une hernie.

Dans le cas de torsion récidivante la conduite à tenir varie suivant que le testicule se trouve dans le canal inguinal ou dans le scrotum. Dans ce dernier cas, le testicule doit être fixé comme dans la cure radicale de l'hydrocèle. Dans le premier cas, on l'enlève ou on essaye de le replacer dans le scrotum et on ferme l'anneau interne.

L. Jumon.

Sur l'ectopie testiculaire et son traitement, par D'Arcy-Power (*The Brit. med. J.*, 21 septembre 1907). — L'auteur a plusieurs fois pratiqué l'orchidopexie pour la descente incomplète du testicule sans être satisfait du résultat : parfois même, il a dû dans la suite enlever le testicule. Il pense même, d'après son expérience, qu'il vaut mieux enlever le testicule dans presque tous les cas de descente incomplète, surtout lorsqu'il y a une hernie et pourvu que l'anomalie de développement soit limitée à un côté.

Lorsqu'une hernie existe, plus tôt l'opération sera faite et mieux cela vaudra, après l'âge de quatre ou cinq ans. Lorsqu'il n'y a pas de hernie ou seulement un petit point n'augmentant pas de volume, l'auteur conseille d'attendre que l'enfant ait atteint sept ou huit ans, dans l'espoir que le testicule pourra descendre dans le scrotum. Mais il ne faut pas attendre jusqu'à la puberté.

Les cas vraiment difficiles sont ceux où un enfant unique, à l'âge de cinq ans, a les deux testicules placés dans le canal inguinal, près de l'anneau externe, dans une région où ils sont facilement exposés au traumatisme durant la vie scolaire. On ne doit pas les enlever et le mieux est soit de les laisser jusqu'à ce qu'ils deviennent gênants, ou de les refouler dans la cavité abdominale. Mais dans ce dernier cas il faut faire l'opération de bonne heure, car les testicules replacés après la puberté ne se développent pas. Il est alors possible que les testicules soient capables de fonctionner pendant une courte période, mais il ne faut rien promettre à cet égard.

Le traitement de l'ectopie du testicule varie suivant les circonstances. Lorsque l'organe est placé dans la région périnéale, il peut facilement être replacé dans le scrotum, car il est souvent fixé à la tubérosité ischiatique, au sphincter externe de l'anus ou à la peau par une simple bande fibreuse que l'on peut distendre. La section sous-cutanée de cette bande permet quelquefois de replacer le testicule dans sa place normale, ou, si ce procédé échoue, une opération à ciel ouvert permet de mettre l'organe dans le scrotum. Mais si le testicule est placé dans l'aine ou la région périnéale, l'auteur n'hésite pas à l'enlever, car l'organe est toujours inutile et il est exposé à causer des troubles.

L. Jumon.

Traitement de l'hydrocèle par l'injection de glycérine phéniquée, par A. Rives (*La Province médicale*, 21 septembre 1907). — L'auteur essaye de montrer que, d'après l'expérience du professeur Tédenat, l'acide phénique peut prétendre ici à supplanter l'iode.

La ponction se fait suivant la technique courante, en ayant soin de vider le plus complètement possible la vaginale, afin d'éviter la dilution du liquide injecté et la formation de précipités albumineux sous l'action de l'acide phénique.

Le liquide employé se compose de parties égales d'acide phénique et de glycérine. On peut même réduire la quantité de glycérine jusqu'à celle qui est nécessaire pour dissoudre l'acide phénique sans excès, sans qu'il y ait rien à redouter de cette concentration.

La glycérine est préférable à l'eau ou à l'alcool, parce qu'elle donne avec l'acide phénique des solutions beaucoup moins caustiques, dont l'application est indolore et même analgésique.

La dose employée est de 6 cc. qu'on injecte d'un seul coup dans la vaginale. La glycérine phéniquée étant introduite et la canule maintenue fermée, on malaxe assez énergiquement la vaginale de manière à assurer la répartition du liquide en tous points et à ne laisser aucun repli qui n'ait été baigné de liquide caustique. La manœuvre est à peu près indolore : au bout de cinq à six minutes le liquide est évacué.

On cherche alors à faire ressortir tout le liquide introduit. On évitera de laisser baver le liquide sur le scrotum : il en résulte-

rait de vives douleurs ou même du sphacèle. Il est inutile de faire un lavage de la vaginale, ce qui pourrait diminuer l'effet cherché. On n'y aura recours que si on ne pouvait ramener presque toute la dose employée à 1 cc. près. On obture enfin l'orifice de ponction au collodion et on applique un bon suspensoir compressif.

Sur 231 cas traités ainsi il n'y a eu que 7 récidives.

En résumé, le procédé a l'avantage d'être d'une technique aisée, se passant de l'anesthésie locale. Il n'y a pas de douleurs opératoires ou post-opératoires, pas de réaction ultérieure et les accidents sont rares.

Les récidives ne sont pas plus fréquentes que pour les cas traités à l'iode, et même moins nombreuses qu'avec l'injection iodée.

L. Jumon.

La tuberculose de la prostate, par Albarran (*Clinique de l'hôpital Necker*, 1907). — La tuberculose de la prostate est une propagation secondaire fréquente de la tuberculose de l'appareil génito-urinaire; elle évolue soit vers la forme fibreuse, soit vers la forme caséeuse, suivant la prédominance des toxines sclérosantes (chloroformobacilline) ou des toxines caséifiantes (éthérobacillines) étudiées par Auclair.

L'évolution fibreuse contre-indique toute intervention chirurgicale. La forme caséeuse se manifeste par des symptômes d'urétro-cystite (mictions fréquentes et douloureuses, urines purulentes). La sonde peut pénétrer dans la cavité prostatique; on est alors obligé de relever son bec, quelquefois même avec le doigt introduit dans le rectum, pour la faire pénétrer dans la vessie; dans ce cas, les malades urinent souvent en deux fois : ils vident d'abord leur vessie, puis leur cavité prostatique; il reste d'ailleurs généralement un résidu vésical. On peut observer aussi de la rétention et même de l'incontinence par destruction du sphincter urétral. Des hématuries légères peuvent survenir au début ou à la fin de la miction; elles peuvent être très abondantes, si elles sont dues à la rupture d'un vaisseau contenu dans la paroi d'une caverne prostatique.

La cystoscopie fournit peu de renseignements; il y a avantage d'ailleurs à ne pas la pratiquer.

La rétention purulente peut provoquer des accidents fébriles qu'on traitera par la sonde à demeure.

Si les abcès sont fistuleux, on les curettera et on pourra, au besoin, enlever la prostate par la voie périnéale : si l'abcès est limité et non fistuleux, il vaut mieux s'abstenir et tenter la guérison par le traitement médical et les instillations d'huile gomménolée.

M. Deschamps.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Le traitement de quelques affections pulmonaires aiguës de l'enfance, par le Dr Deléarde (*L'Echo médical du Nord*, 15 septembre 1907). — Dans ce travail l'auteur s'occupe seulement du traitement des broncho-pneumonies, des pneumonies et des bronchites capillaires. La première indication à remplir est la révulsion, qu'il faut faire énergique, répétée pendant toute la durée de la maladie, jusqu'à la disparition des principaux signes stéthoscopiques. La révulsion ne rencontre jamais de contre-indications et s'applique même aux enfants en bas-âge. La ventouse sèche, très efficace contre la douleur, n'est pas toujours facile à appliquer, surtout chez les enfants maigres. Les badigeonnages iodés amènent vite des excoriations de la peau.

Restent la sinapisation et l'hydrothérapie. Le papier moutarde rend des services chez les tout petits enfants, mais à un an il est préférable de recourir aux cataplasmes sinapisés. On se gardera de saupoudrer la farine de lin sur un cataplasme trop chaud, ce qui rendrait la moutarde inactive. L'auteur recommande surtout l'enveloppement sinapisé. Dans une cuvette contenant une grosse poignée de farine de moutarde on verse une certaine quantité d'eau froide, de façon à faire une pâte assez liquide. Au bout de quelques minutes, on trempe un linge légèrement humide, qu'on imprègne bien de farine de moutarde, on enveloppe alors toute la poitrine et le dos avec ce linge sinapisé et on met l'enfant dans une couverture de laine. Au bout de quinze à vingt minutes on retire l'application et on plonge rapidement l'enfant dans un bain tiède sans retirer la farine de moutarde adhérente à la peau. L'enveloppement peut être répété deux ou trois fois dans les vingt-

quatre heures. Dans l'intervalle, on peut baigner le malade.

L'hydrothérapie peut être employée sous forme de bains chauds, froids, tièdes, de bains sinapisés ou encore d'enveloppements froids et même chauds. Ces derniers conviendront dans la broncho-pneumonie où les lésions sont étendues, tandis que les bains froids à 25° sont indiqués lorsque l'infection domine avec des lésions relativement restreintes. Le bain chaud est un procédé de révulsion énergique, mais son action dépressive doit le faire rejeter dans les cas d'adynamie. Par contre, il n'existe pas de contre-indication à l'enveloppement froid. C'est pourquoi l'auteur recommande surtout les enveloppements sinapisés.

Quant à la méthode des abcès de fixation, elle reste un procédé thérapeutique d'exception qui peut rendre de grands services dans les cas désespérés. Elle se pratique en faisant une injection d'un centimètre cube d'essence de térébenthine sous la peau de la cuisse, au bout de cinq à six jours il se forme un abcès, tandis que les signes généraux et locaux éprouvent une amélioration sensible.

Le traitement médicamenteux a pour but de faciliter l'élimination de l'exsudat et de soutenir l'action du cœur. La première indication est rémplie par les expectorants, benzoate de soude, ipéca, oxymel scillitique; la seconde est remplie par les injections d'huile camphrée, de spartéine associée ou non à la strychnine. On doit laisser la caféine de côté.

Enfin l'air humidifié par des vapeurs antiseptiques, eucalyptus, acide phénique, thymol, facilite l'expectoration et la liquéfaction de l'exsudat.

L. Jumon.

Emploi local du gaïacol comme antithermique dans la pneumonie et les affections analogues chez les enfants, par John Scales (*New-Orl. med. and surg. J.*, septembre 1907). — L'action antithermique des applications locales de gaïacol est bien connue, cependant celles-ci ont trouvé peu de faveur, peut-être parce qu'on considère le gaïacol comme un agent dangereux. L'auteur a essayé avec beaucoup de succès les onctions d'huile gaïacolée sur la poitrine dans les cas désespérés de broncho-pneumonie. La température s'abaissera plus longtemps et plus rapidement qu'avec les bains froids.

Toujours l'auteur a pu constater cette action antithermique dans les inflammations des bronches et des poumons chez les enfants, et il assure qu'employé localement le gaïacol est un agent inoffensif.

Les conclusions de l'auteur sont que le gaïacol en solution huileuse, à doses de X à XXX gouttes suivant l'âge, abaisse rapidement et sûrement la température chez les enfants atteints de pneumonie; qu'il possède une efficacité particulière dans certaines maladies pulmonaires et semble exercer une action favorable, en dehors de son action antipyrétique, enfin qu'il est un agent efficace, inoffensif et facile à appliquer.

L. Jumon.

L'alimentation du nourrisson par le procédé des deux chèvres, par le Dr Daunic (*Archives médicales de Toulouse*, n° 17, 1er septembre 1907, pp. 385-390). — Lorsqu'un enfant de six à quinze mois se trouve, pendant la saison chaude, privé de sa nourrice et qu'il ne supporte pas le lait de vache, on lui donnera, d'après M. Daunic, du lait de chèvre. On ne le prescrira pas aux enfants au-dessous de six mois, car il est trop riche en caséine; on lui préférera le lait d'ânesse qui est moins nutritif.

Le lait de chèvre doit également être ordonné au nourrisson qui, jusqu'en mai ou juin, a bien supporté le lait stérilisé, et qui brusquement, dès le début des chaleurs, est pris d'entérite. Le lait de chèvre donne alors de très bons résultats. Mais l'animal s'épuise rapidement et au bout de quinze à trente jours n'est plus qu'une médiocre nourrice. Ce fait tient à ce qu'on ne doit la traire que deux fois par jour et à fond. La traite trop fréquente et incomplète détermine presque irrémédiablement la perte du lait.

D'autre part, on ne peut tirer le lait à l'avance, car il ne se conserve pas plus de trois heures sans altération. Pour remédier à cet inconvénient, M. Daunic conseille d'avoir deux chèvres qui donneront alternativement du lait. On pourra les traire toutes deux, à fond, deux fois par jour, toutes les huit heures par exemple. Le plus souvent le nourrisson ne prendra que toutes les quatre heures et il absorbera le lait immédiatement après la traite.

Grâce à ces précautions, les chèvres conserveront leur lait jusqu'au retour de la saison froide. A ce moment l'enfant supportera de nouveau le lait stérilisé.

Pierre Sée.

Thérapeutique de la diarrhée des nourrissons, par M. Nigay (*Journ. méd. de Paris*, n° 33, 18 août 1907, p. 318). — Le traitement de la diarrhée des nourrissons a été assez discuté. On prescrira d'abord, selon M. Nigay, vingt-quatre à quarante-huit heures de diète hydrique. On formulera, s'il y a lieu, la potion suivante :

Acide lactique.....	3 grammes
Julep gommeux.....	120 cent. cubes

A prendre, toutes les heures, par cuillerées à café, à dessert ou à soupe, selon l'âge du malade.

On pratiquera des lavages intestinaux; ils diminuent la soif et les phénomènes d'intoxication. Ils seront faits avec de l'eau à 15° s'il y a hyperthermie, à 38° s'il y a hypothermie. Ils seront administrés à faible pression; ils seront peu abondants et répétés plusieurs fois dans la journée.

Les lavages d'estomac sont également indiqués. On proscrira les vomitifs et les purgatifs.

Si le malade est déprimé, on fera des injections sous-cutanées de sérum selon la formule de Marfan :

Eau stérilisée.....	300 grammes.
Chlorure de sodium.....	2 —
Benzoate de caféine.....	0,75 centig.

Injecter, deux ou trois fois par jour, 20 grammes de ce sérum.

Les bains sont un adjuvant utile du traitement : on les donnera deux fois par jour, chauds s'il y a hypothermie, frais dans le cas contraire.

La diarrhée arrêtée grâce à la diète hydrique, on ne reviendra pas d'emblée à une alimentation normale. On commencera par le bouillon de poulet ou de légumes, l'eau de riz; on continuera par le lait, les bouillies, les panades.

Si la diarrhée n'a pas complètement cédé, on donnera, en lavement ou en boisson, suivant le conseil de M. Thiercelin, quelques cuillerées à café de levure sèche, délayée dans un peu d'eau.

Pierre Sée.

Traitement de la coqueluche par l'ichthyol, par Naamé (*Journ. des praticiens*, 18 août 1907). — L'auteur, désirant combattre l'élément bronchitique de la coqueluche, administra de l'ichthyol à ses petits malades, et fut étonné des résultats rapides obtenus. En quelques jours, la coqueluche elle-même est presque jugulée, le nombre des quintes diminue considérablement et elles perdent leur caractère spasmodique : l'enfant ne vomit plus, dort la nuit. L'élément catarrhal disparaît au bout de 2 semaines environ.

La prescription est la suivante :

Ichthyol.....	2 gr.
Sirop simple.....	100 gr.

Alcool de menthe q. s. pour désodoriser.

Pour les nourrissons, la dose est de deux cuillerés à café par jour. On continuera 15 ou 20 jours, une fois les symptômes amendés, pour éviter la recrudescence de la maladie.

E. Vogt.

Contre le hoquet (enfants), (*Revue internationale de médecine et de chirurgie*, n° 16, 25 août 1907, p. 320).

Sirop diacode.....	20 gr.
Chloroforme.....	XX gouttes
Sirop de menthe.....	10 gr.
Huile d'amandes douces...	60 gr.

A prendre par cuillerées à café jusqu'à effet.

Pierre Sée.

Contre la diarrhée infantile, d'après MM. Gallois et Walter (*Journ de méd. de Paris*, n° 29, 21 juillet 1907, p. 277).

Lait.....	100 grammes.
Eau bouillie.....	50 —
Sucre.....	5 —
Eau oxygénée.....	XX gouttes

Pierre Sée.

Suppositoire contre les oxyures, d'après M. Mossé (*Journal de médecine de Paris*, n° 28, 14 juillet 1907, p. 267).

Onguent hydrargyrique....	0,25 centigr.
Axonge benzoïnée. } ââ...	0,50 centigr.
Cire blanche..... }	
Beurre de cacao.....	2 grammes.

Deux ou trois fois par jour. Administrer dans un lavement d'eau salée.

Pierre Sée.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT,

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Sur la posologie de la strychnine, par Martinet (*La Presse médicale*, 14 septembre

1907). — L'auteur fait remarquer avec raison que, sous prétexte que la strychnine est un toxique violent, on la manie en général avec trop de prudence ; si l'on veut obtenir des effets utiles avec ce médicament de premier ordre, il faut se rappeler que 0,01 à 0,02 grammes constituent la dose utile, modérée, quotidienne, et que la dose fractionnée maniable est 0,003 grammes à 0,01 gramme. On peut enfin, en commençant par 0,01 gr. par jour, arriver, en tâtant la susceptibilité du malade et en tenant compte de l'accoutumance, à la dose de 0,03 gr. par jour.

Au-dessus, on entre dans la zone dangereuse, bien que l'on ait pu, dans des cas de délire alcoolique, aller jusqu'à 0,05 gr. sans inconvénient.

E. Vogt.

L'éther méthylglycolique du gaïacol (monotal) et ses indications, par Muller (*Allg. med. Central. Ztg.*, n° 26, 1907). — Ce topique est constitué par un liquide huileux, peu soluble dans l'eau, soluble dans l'huile d'olives, saponifiable par les alcalins : la résorption par la peau s'effectue moins facilement que pour le gaïacol.

L'auteur a expérimenté le monotal dans environ 300 cas de rhumatisme et névralgies : les effets sont nuls ou peu marqués dans les affections rhumatismales, mais très énergiques en cas de névralgies de tout ordre.

Le travail ne contient pas d'indications sur le dosage et le mode d'application, sans doute identiques à ceux préconisés pour l'emploi externe du gaïacol.

E. Vogt.

L'électrolyse des ions médicamenteux, par Laquerrière (*Le Bulletin médical*, 18-25 septembre 1907). — Il résulte de l'étude d'ensemble faite par l'auteur que la pénétration médicamenteuse sous l'influence de l'électricité est un fait indéniable. Son avenir le plus brillant paraît devoir être dans les affections cutanées et très superficielles ; elle permet là d'obtenir des effets tout à fait spéciaux.

Dans les affections profondes, au contraire, elle semble surtout devoir être un adjuvant au courant continu : celui-ci est capable, presque toujours, à lui seul, de guérir les affections qu'on considère comme justiciables de l'ionothérapie médicamenteuse. Il agit, en grande partie, par des actions ioniques sur les substances composant l'organisme lui-même; il modifie les échanges chimiques à l'intérieur des tissus.

Mais l'introduction électrolytique semble, en nombre de cas, produire des effets plus rapides, et, dans quelques cas exceptionnels, elle donne des résultats là où le courant seul a échoué.

L'électrolyse médicamenteuse ne constitue pas une révolution sensationnelle, mais elle est, néanmoins, un progrès sérieux.

E. Vogt.

Influence éloignée de l'arsenic sur l'organisme, par G. Kluyskens (*La Belgique médicale*, 26 sept. 1907). — L'auteur est convaincu que les arsenicaux, y compris même l'atoxyl, peuvent entraîner des symptômes d'intoxication qui n'apparaissent qu'après de longs intervalles. Parmi les données cliniques de l'intoxication arsenicale, l'auteur invoque les cas suivants :

Les arsenicophages de la Styrie sont très sujets à la mort subite; celle-ci relève de lésions des centres nerveux, du cœur, du foie, des reins, dont la nutrition est atteinte par l'arsenic. A Reichenstein, en Silésie, où toutes les eaux sont arsenifères, on n'y dépasse pas la soixantaine; à un certain âge, les insuffisances cardiaque et rénale sont la règle.

Dans le domaine des troubles tardifs purement nerveux, Comby a relaté un cas de myélite aiguë, attribuée par lui à une médication arsenicale de courte durée. Les premiers troubles nerveux sont apparus que quarante-cinq jours après la cessation de la médication.

Les composés organiques de l'arsenic : cacodylates, atoxyl, n'offrent pas moins le danger d'une intoxication éloignée.

L'auteur pense même que le danger est encore plus grand que pour l'acide arsénieux et la liqueur de Fowler, parce qu'il faut recourir à de hautes doses afin d'avoir le même effet et que la partie qui devient active est sujette à varier en quantité.

L. Jumon.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

La fondation Zola à Médan. — L'inauguration du service des nourrissons débiles installé dans la maison de Zola a eu lieu le 29 à Médan. L'administration de l'Assistance publique avait fait coïncider l'ouverture du nouveau service avec le « pèlerinage littéraire » du 29 septembre afin de témoigner sa gratitude à la donatrice, Mme veuve Zola. Assistaient à l'inauguration : M. Paul Maze, chef adjoint du cabinet du président du Conseil, représentant M. Clémenceau; M. Lampué, vice-président du Conseil municipal, en l'absence de M. A. Lefèvre, empêché; M. Armand Bernard, secrétaire général de la Seine, en l'absence de M. de Selves, et de nombreux médecins et fonctionnaires. Ils ont été reçus par M. Mesureur, directeur de l'administration générale de l'Assistance, par M. Jansse, directeur de l'hôpital des Enfants-Malades et de la fondation Zola.

M. Mesureur a remercié la donatrice, et plusieurs discours officiels ont été prononcés.

Enseignement médical libre. — *Cours pratique sur les affections chirurgicales du nez, oreilles, larynx, et broncho-œsophagoscopie.* — Les Drs Luc et Guisez commenceront à leur clinique, le mardi 12 novembre prochain, à 10 heures, un cours théorique et pratique sur les affections chirurgicales du larynx, nez, sinus, oreilles, et la technique de la broncho-œsophagoscopie, avec examen des malades, maniement des instruments spéciaux, technique opératoire. Le cours comprendra 20 leçons et durera cinq semaines. S'inscrire par envoi de carte et droit d'inscription (100 fr.), à la clinique, 15, rue de Chanaleilles.

La thérapeutique jugée par les chiffres. — A l'aide de documents fournis par la Pharmacie Centrale des hôpitaux dont il a la direction, le Dr Grimbert, professeur à l'Ecole de Pharmacie de Paris (Académie de médecine, séance du 1er octobre 1907), a étudié le mouvement thérapeutique de ces dix dernières années, comme l'avaient fait autrefois Lassègue et Regnault, Bourgoin et de Beurmann.

La Pharmacie Centrale des hôpitaux fournissant les médicaments de toute nature, non seulement à tous les hôpitaux et hospices de la Ville de Paris et du département de la Seine, mais aussi à un grand nombre de fondations charitables (en tout, 219 établissements), la nature et la quantité de médicaments qu'elle délivre ainsi, chaque année, reflètent assez exactement les tendances thérapeutiques du corps médical des hôpitaux, ce qui donne une valeur particulière aux renseignements tirés de cette source.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est que la dépense en médicaments *classiques* reste stationnaire depuis de nombreuses années, en dépit de l'introduction des nouveaux médicaments de synthèse. Exemple : Opium, 200 kil. par an (depuis 40 ans); laudanum de Sydenhan, 450 kil.; extrait de quinquina, 400 kil.; Emplâtre diachylon, 2,000 kil.; teinture d'iode, 3.009 kil.; et parmi les médicaments chimiques : Glycérine, 55.000 kil.; bromure de potassium, 1.200 kil.; sous-nitrate de bismuth, 500 kil.; salicylate de soude, 400 kil.; nitrate d'argent, 60 kil.; calomel, 30 kil.; kermès minéral, 12 kil.; et enfin, de 10 à 12 000 sangsues. A noter aussi le chloroforme anesthésique qui figure annuellement pour une dépense de 2.000 kil. divisés en *66.000* flacons de 30 gr.

Sont, au contraire, en baisse sensible : Les iodures de potassium (de 1.200 à 700 kil.) et de sodium (de 100 à 60 kil.); les sels de quinine (de 75 à 50 kil,); l'antipyrine (de 397 à 250 kil.); le glycérophosphate de chaux (de 170 à 90 kil.); le cacodylate de soude (de 14 à 6 kil.);

Sont en baisse rapide : Les antiseptiques toxiques comme le sublimé, qui tombe de 2.000 kil. à 693 kil.; l'acide phénique (de 12.000 à 5.000 kil.); le bi-iodure de mercure (de 74 à 25 kil.); l'iodoforme (de 600 à 200 kil.). Les antiseptiques intestinaux : Naphtol B (de 104 à 14 kil.); benzo-naphtol (de 74 à 21 kil.); salol (de 311 à 88 kil.). Puis, la cantharide qui, en 20 ans, passe de 200 à 16 kil. et la caféine de 39 à 15 kil. Notons, enfin, que la consommation du rhum est en décroissance très nette : au lieu de 66.000 litres relevés en 1900, elle est tombée à 27.400 litres seulement, en 1906.

Les médicaments dont l'usage augmente chaque année sont : l'eau oxygénée (de 1.000 à 102.000 litres!); le formol (de 300 à 2.000 kil.); la théobromine (de 26 à 115 kil.); le salicylate de méthyle (de 2 à 700 kil.!!) et parmi les nouveaux : le pyramidon, l'aspirine, l'urotropine, le protargol, le salophène, le véronal, le dernatol.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Congrès de chirurgie. Les accidents du travail. — La dernière séance du congrès de chirurgie a présenté un intérêt exceptionnel à de multiples points de vue. En effet, la question mise à l'ordre du jour était la suivante : « Tuberculose et cancer dans leurs relations avec les accidents du travail. »

Les docteurs Paul Segond, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de Paris, et Emile Jeanbrau, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier, avaient été chargés par le Congrès d'étudier conjointement la question dans un rapport détaillé. D'un commun accord ils partagèrent la besogne en deux. Le premier envisagea surtout dans son étude la question du cancer, le second celle de la tuberculose.

Le professeur Segond prit le premier la parole, et dans une étude très serrée et très complète il précisa d'abord le rôle que la jurisprudence actuelle assigne au médecin, dans les différents pays d'Europe, dans le cas particulier d'un accident du travail considéré comme cause possible du cancer.

Or, voici ce qu'il en est.

En France, comme en Allemagne et en Belgique, la loi est exclusivement basée sur le principe de l'indemnisation « forfaitaire et transactionnelle » des blessures. Ce qui veut dire que toute blessure survenue au cours du travail est indemnisée suivant une échelle fixée à l'avance, variant avec la réduction de capacité ouvrière du blessé, mais « absolument indépendante des maladies ou infirmités que présentait l'ouvrier avant le sinistre ».

De sorte que la jurisprudence ne tient compte, pour décider s'il y a lieu à indemnité et en fixer le chiffre, que des trois conditions suivantes : 1° il faut qu'il y ait eu accident ; 2° il faut qu'il y ait eu relation de cause à effet entre l'accident et le néoplasme ; 3° il faut que l'accident se rattache au travail par un lien de cause à effet.

Or, dit M. Segond, l'étude médico-légale des tumeurs post-traumatiques conduit à une première constatation qu'on ne saurait trop mettre en évidence : c'est que dans la grande majorité des cas, les tumeurs dont les demandeurs ou leur ayants droit rapportent la cause à un traumatisme antérieur, c'est-à-dire à l'accident du travail, ne sont en réalité que des tumeurs préexistantes au traumatisme et révélées par lui. C'est dire que pour le plus grand nombre des tumeurs post-traumatiques, la responsabilité causale du traumatisme est nulle et qu'elle ne saurait, par conséquent, motiver l'ombre d'une réparation pécuniaire.

Ce premier fait établi, il n'en demeure pas moins vrai que, dans un certain nombre de cas, le traumatisme peut aggraver le cancer ou servir de prétexte à son éclosion. Il est donc juste et tout au moins humain de faire bénéficier les accidentés du travail de cette donnée clinique et d'admettre par conséquent la responsabilité médico-légale de l'accident dans des cas que le savant clinicien expose et précise longuement.

Le docteur Segond a terminé en ces termes :

Il se peut que toutes ces considérations soient contraires à l'esprit comme au texte d'une loi qui n'entend pas tenir compte des prédispositions et des états antérieurs. Mais nous

n'en conserverons pas moins le droit de dénoncer toute l'arbitraire injustice d'un tel parti pris, de dire combien il est fâcheux que le rapporteur de la loi de 1898 ait voulu, soi-disant, l'alléger, en invitant le député Dron a retirer son amendement sur la nécessité de ne point indemniser « les aggravations résultant de lésions ou d'infirmités préexistantes » et d'émettre, en fin de compte, le vœu plus que motivé de voir le principe absolu de l'indemnisation transactionnelle et forfaitaire des blessures donner place à celui des responsabilités atténuées et d'une indemnisation vraiment proportionnelle au dommage.

Le docteur Jeanbrau, nous l'avons dit, a examiné la question au point de vue de la tuberculose. Il a fait voir également dans une étude non moins documentée que notre jurisprudence, basée sur le principe de l'indemnité forfaitaire, présente des conséquences fâcheuses. Suivant lui aussi, il serait désirable qu'une modification de la loi de 1898 permît de tenir compte des « maladies préexistantes » dans l'attribution des indemnités, jusqu'au jour où tous les travailleurs seront assurés à la fois contre les accidents, contre la maladie et contre l'invalidité due à la vieillesse.

Après une très longue discussion à laquelle ont pris part tour à tour MM. Thiem, de Cottbus, Schwartz, Coudray, Doyen, Thierry, Rémy, de Paris, Moulonguet, d'Amiens, et plusieurs autres encore, le congrès a émis le vœu suivant :

« Les membres de l'Association française de chirurgie, réunie à l'occasion du vingtième congrès, après avoir entendu les rapports de MM. Segond et Jeanbrau, de Montpellier, sur les relations des cancers et des tuberculoses avec les accidents, ont émis le vœu suivant :

« Il est désirable que la loi de 1898 soit modifiée de façon à ne pas exclure de parti pris, dans la réparation pécuniaire des accidents, le rôle des prédispositions et des maladies préexistantes. Cette modification atténuerait les conséquences fâcheuses de l'indemnité transactionnelle et forfaitaire en permettant de tenir compte des responsabilités atténuées et d'accorder une indemnité exactement proportionnelle au dommage. »

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

EN COURS DE PUBLICATION

MANUEL D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

PAR

V. CORNIL
Professeur à la Faculté de médecine,
Membre de l'Académie de médecine.

ET

L. RANVIER
Professeur au Collège de France,
Membre de l'Institut et de l'Acad. de médecine.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

A. BRAULT
Médecin de l'hôpital Lariboisière,
Chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Boucicaut.

TROISIÈME ÉDITION ENTIÈREMENT REFONDUE

Vient de paraître :

Tome III, par MM. Gombault, Nageotte, A. Riche, Durante, R. Marie, Fernand Bezançon, Legry. — *Système nerveux central (cerveau et moelle épinière. — Nerfs. — Cœur et vaisseaux. — Rate. — Ganglion lymphatique. — Larynx).* 1 fort volume grand in-8° avec gravures en noir et en couleurs..... **35** fr.

Précédemment publiés :

Tome I, par MM. Cornil, Ranvier, Brault, Fernand Bezançon, Maurice Cazin. *Généralités sur l'histologie normale. — Cellules et tissus normaux. — Généralités sur l'histologie pathologique. — Altérations des cellules et des tissus. — Des inflammations. — Des tumeurs. — Notions élémentaires sur les bactéries. — Lésions des os et des tissus cartilagineux. — Anatomie pathologique des articulations. — Des altérations du tissu conjonctif. — Lésions des membranes séreuses.* — 1 fort volume grand in-8°, avec 369 grav. en noir et en couleurs..... **25** fr.

Tome II, par MM. Durante, Jolly, Dominici, Gombault et Philippe. — *Muscles. — Sang et hématopoïèse. — Cerveau. — Moelle.* 1 fort volume grand in-8°, avec 202 gravures en noir et en couleurs..... **25** fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la Novocaïne (étude expérimentale et clinique)

Par le Dr Paul Reynier,
Chirurgien de Lariboisière.

Depuis que Köler, en 1884, mettant à profit les recherches déjà anciennes de Niemann (1859) sur les propriétés anesthésiques de la cocaïne, nous eut appris à nous servir de cet anesthésique pour obtenir l'anesthésie locale, la pratique de celle-ci, grâce aux travaux de Braun, de Schleich, en Allemagne, et de Paul Reclus, en France, s'est rapidement généralisée, et il n'est pas un médecin qui n'y ait eu à un certain moment recours et qui n'en fasse bénéficier ses malades.

Il est en effet indéniable que, pour toute petite opération de peu de durée, il est préférable d'avoir recours à ce mode d'anesthésie, qui ne laisse aucun malaise, qui permet au malade de se nourrir de suite, plutôt qu'à l'anesthésie chloroformique, si minimes que soient à l'heure actuelle, grâce aux appareils dosimétriques, les dangers de celle-ci.

Mais l'emploi de ces anesthésiques locaux s'est encore étendu, lorsqu'on découvrit que, mis en contact avec la moelle, injectés dans le canal rachidien, ils pouvaient anesthésier près de la moitié du corps. Si peu portés que nous sommes pour la rachi-anesthésie, nous sommes toutefois obligés de reconnaître que beaucoup de nos collègues ne partagent pas notre manière de voir, et dans certains cas elle peut peut-être rendre service.

Mais la cocaïne, après avoir eu le succès considérable du début, bientôt fut critiquée. Elle se stérilisait difficilement et offrait une toxicité incontestable, qu'il fallut bien reconnaître, malgré les dénégations de ses défenseurs, je dirais presque de ses apôtres.

Aussi, afin de parer à tous ces inconvénients, se mit-on à l'œuvre pour trouver des succédanés à cet anesthésique.

C'est ainsi que bientôt les chimistes nous faisaient connaître l'eucaïne, qui se stérilise bien, mais qui est un peu moins anesthésique que la cocaïne et qui a l'inconvénient d'être trop vasodilatatrice, l'anesthésine, la nirvanine, sur laquelle j'ai fait dans ce journal un travail, mais qui n'eut pas le succès qu'elle aurait cependant mérité. Enfin nous vîmes prôner la tropocaïne, l'alypine; puis l'abondance de ces découvertes nuisit à ce qu'on découvrit, et au milieu de tous ces anesthésiques, un seul émergea, la stovaïne, grâce surtout au talent de parole de celui qui en devint l'avocat, mon ami le professeur Reclus.

Mais le succès de la stovaïne ne devait pas être de longue durée.

Un peu moins toxique que la cocaïne, la toxicité est encore cependant assez forte, puisque sur un lapin nous avons pu faire voir que 10 centigrammes par kilogramme d'animal occasionnait des symptômes d'empoisonnement grave, convulsions, paralysie des membres pendant une à deux heures. La cocaïne produit les mêmes accidents à la dose de 5 centigrammes par kilogramme. Donc la stovaïne a une toxicité encore trop voisine de la cocaïne.

D'ailleurs les accidents sur l'homme ont été signalés, et dans l'anesthésie médullaire, la stovaïne, employée de préférence à la cocaïne à cause de sa stérilisation plus facile, a donné lieu à des accidents nombreux, graves et mortels immédiats, à des paralysies tardives consécutives, qui ont été dernièrement signalées dans un mémoire documenté (Le Filliatre, Société du IXe arrond., séance du 14 mars 1907).

De plus, la stovaïne en injections sous-cutanées a l'inconvénient d'être très vasodilatatrice et de donner lieu à des hémorragies en nappe ennuyeuses ; enfin cette solution acide peut être caustique, et on a signalé des gangrènes consécutives à l'injection de solutions un peu trop fortes (Sinclair), de sorte que nous voyons Braun conclure que, devant tous les méfaits de la stovaïne, il est persuadé que Reclus, qui la défend, reviendra de son emploi, s'il ne l'a pas déjà abandonnée.

Même opinion formulée par Heinecke et Lœven (*Deut. Zeits. f. Chir.*, B^d^ LXXX, 1905) qui considèrent que la stovaïne n'est pas supportée sans réaction par les tissus, auxquels elle porte préjudice d'une façon très prononcée, réaction qui peut aller jusqu'à la gangrène si l'injection est de 10 p. 100.

Aussi voyons-nous en Allemagne un mouvement, justifié par les faits, nettement se dessiner contre la stovaïne.

Le moment était donc venu de chercher s'il n'était pas possible de trouver un nouvel anesthésique n'offrant pas les dangers ou les inconvénients, qui, successivement, ont fait abandonner les premiers, la cocaïne seule, malgré sa toxicité, sa difficulté de se stériliser, mais à cause de sa puissance évidemment supérieure à tous les produits anesthésiques qu'on a voulu lui opposer, continuant à être employée par la grande majorité des confrères dans la pratique usuelle.

Or, quelles sont les qualités qu'on est en droit d'exiger d'un anesthésique local, qualités que l'expérience de ce genre d'anesthésie nous a fait connaître ?

Nous les trouvons parfaitement précisées par le Dr Braun dans un intéressant travail paru dans *Deusche med. Wochenschrift*, n° 42, 1905.

Un bon anesthésique local doit, d'après cet auteur, dont nous appuyons de toutes nos forces la manière de voir :

1° *Être, relativement à son pouvoir anesthésique, moins toxique que la cocaïne.*

Mais une réflexion s'impose. Il faut considérer la toxicité absolue et la toxicité relative.

Or, il est certain que si la toxicité absolue de la cocaïne est forte, son pouvoir anesthésique est également fort.

Donc si on propose pour remplacer la cocaïne un corps dont la toxicité absolue est moindre, mais dont le pouvoir anesthésique est moindre aussi, il en résulte

que la toxicité relative de ce corps étant égale à son pouvoir anesthésique qui est moindre que celui de la cocaïne, ce corps devient aussi dangereux que la cocaïne, tout en étant inférieur à elle comme puissance anesthésique. C'est ainsi que nous voyons la stovaïne avoir une toxicité un peu moindre que la cocaïne, puisqu'elle est de 10 centigrammes par kilogramme, quand la cocaïne a une toxicité de 5 centigrammes par kilogramme d'animal, mais avoir une puissance anesthésique moitié moindre; et comme on est obligé de doubler les doses pour avoir le même effet, la stovaïne devient ainsi aussi toxique que la cocaïne.

2° *Le corps ne doit pas être irritant, il ne doit provoquer ni lésion des tissus, ni hyperémie, et doit se résorber avec la plus grande facilité. Les substances trop acides ou trop alcalines lèsent les tissus.*

C'est ainsi que l'anesthésine, la stovaïne lésant les tissus, ne répondent pas à ce que nous demandons.

3° *La substance doit être facilement soluble, les solutions stables et facilement stérilisables.*

Sous ce rapport précisément, la cocaïne laisse beaucoup à désirer. La cocaïne se stérilise difficilement et ne peut se stériliser que par la tyndalisation, ce qui ne nous offre pas la sécurité que donne la stérilisation par température élevée, surtout pour des solutions qu'on veut conserver.

De plus, la cocaïne, même en ampoules, s'altère et ne peut être longtemps conservée.

3° *La substance doit se combiner avec la suprarénine, ou adrénaline sans altérer son pouvoir vaso-constricteur.*

L'adjonction, en effet, de la suprarénine ou adrénaline par son pouvoir vaso-constricteur facilite l'opération et empêche l'absorption, trop rapide, de l'anesthésique. L'adjonction de cette substance à l'anesthésique local a donc été un énorme progrès, comme le faisait remarquer M. Klein dans une « Revue de Thérapeutique » étrangère très intéressante à laquelle nous empruntons beaucoup pour cette étude, revue qui a paru dans la *Revue de Thérapeutique de* 1905.

Or, dans ces derniers temps, on a lancé en Allemagne un nouvel anesthésique découvert par Einhorn, à qui nous devons déjà tant de produits précieux pour la thérapeutique, fabriqué par les Farbwerke Meister Lucius et Brüning à Hœchst, portant le nom de Novocaïne.

Depuis deux ans qu'il est connu, il a été utilisé par de nombreux expérimentateurs en Allemagne, en Belgique. Tous le vantent et proclament sa supériorité; et cependant, en France, il est encore peu connu; et les premiers essais qui ont été faits ont donné lieu à des opinions très contradictoires; les uns, avec MM. Blondel, Bardet, se louant de son action, les autres, tels que MM. Scrini et Chevalier, à la Société de Thérapeutique, 1906, en paraissant beaucoup moins enthousiastes.

C'est ce qui m'a engagé à personnellement expérimenter le produit nouveau, et c'est le résultat de cette expérience physiologique et chimique que je donne ici.

La novocaïne est le monochlorhydrate de l'acide para-amino-benzoyl-diéthylaminoethanol.

Sa formule est la suivante :

$$C^2H^4 \left\{ \begin{array}{l} AzH^2 \\ COOC^2H^4 - A \end{array} \right. \left\{ \begin{array}{l} C^2H^5 \\ C^2H^5 \end{array} \right.$$

Il se cristallise dans l'alcool sous forme de fines aiguilles se fondant à 156°.

Il se dissout dans son poids d'eau et donne, chose importante que nous devons mettre en valeur, une *solution neutre*.

Il est encore soluble dans 30 parties d'alcool. Enfin ses solutions *peuvent supporter l'ébullition sans se décomposer*. Elles sont aussi stérilisables à l'autoclave.

Et ces solutions stérilisées se conservent facilement dans des flacons stérilisés et bien bouchés. Cet anesthésique serait enfin très peu toxique, dépassant par son peu de toxicité tous les anesthésiques locaux connus.

La novocaïne n'aurait pas non plus d'inconvénients locaux, et d'après Biberfeld, qui a étudié la pharmacologie de ce nouvel anesthésique, elle pourrait être injectée à doses très concentrées sans provoquer d'irritation.

L'énoncé de toutes ces propositions est, comme on le voit, très encourageant, et donne de suite l'idée d'expérimenter sa puissance anesthésique et voir si, par là, la novocaïne ne pèche pas.

Toxicité de la Novocaïne.

Nous avons d'abord voulu nous rendre compte de sa toxicité.

Employant des solutions à 10 p. 100, nous avons, pesant toujours nos lapins avec soin, injecté des doses variables et progressivement croissantes à une série de lapins dans le laboratoire de M. le professeur Dastre.

Exp. I. — A un premier lapin pesant 2 kg. 175, nous injectons 20 centigrammes de novocaïne par kilogramme, soit 43 centigr. 1/2.

Au bout d'une heure, ce lapin n'avait rien manifesté.

Exp. II. — A un lapin pesant 1 kg. 840, nous injectons 25 centigrammes de novocaïne par kilogramme.

Aucun trouble ne se produit.

Exp. III. — A un lapin pesant 1 kg. 820, nous injectons 30 centigrammes de novocaïne par kilogramme.

Aucun trouble ne se produit.

Exp. IV. — Nous injectons, à un lapin pesant 1 kg. 720, 40 centigrammes par kilogramme sous la peau du dos.

L'injection est faite à 2 h. 30. A 3 heures moins 5, l'animal devient inquiet, puis le train de derrière devient raide, l'animal est pris de convulsions et tombe, les quatre membres raides dans l'extension, paralysés. La respiration est surtout diaphragmatique.

L'animal reste couché ainsi sur le côté, ne pouvant se relever jusqu'à 3 h. 1/2. Il se met alors debout; à 4 heures tout était fini.

Exp. V. — Or, nous avions en même temps injecté un lapin avec une solution

de stovaïne; le lapin pesait 2 kg. 20. Nous avions injecté 26 centigrammes de stovaïne, soit 12 centigrammes de stovaïne par kilogramme.

L'injection avait été faite à 2 h. 15. A 2 h. 25 l'animal tombait sur le côté, pris de convulsions violentes, se répétant au moindre attouchement, en opisthotonos, les quatre pattes raides, la respiration accélérée, presque exclusivement diaphragmatique.

Tandis que le lapin à la novocaïne avait eu à peine quelques convulsions, chez celui-là les convulsions se présentèrent à la moindre excitation.

A 3 h. 5, mouvement de déglutition, exophtalmie des yeux, clignements répétés de la paupière.

A 4 heures, l'animal est toujours paralysé, raide, en opisthotonos, les convulsions ont cessé. Ce n'est qu'à 6 heures qu'il commence à se relever.

Exp. VI. — A un lapin pesant 2 kg. 150, nous injectons 75 centigrammes par kilogramme d'animal de novocaïne additionnée de quelques gouttes d'adrénaline.

Au bout de 5 minutes, l'animal est pris de tremblements, puis tombe sur le côté avec des convulsions en opisthotonos, en se débattant dans une crise convulsive avec mouvements cloniques. Les crises épileptiformes se succèdent. Par moment les crises s'espacent, l'animal reste immobile, les pattes en extension, raides, toujours couché sur le côté. La tête est renversée en arrière, les yeux saillants. La respiration est précipitée, devenant stertoreuse, cyanose autour de la bouche et du nez. L'intoxication produit évidemment une paralysie des muscles respiratoires. A notre grande surprise, il ne meurt toutefois pas et, au bout de deux heures, il se relève. Le lendemain matin, il était bien.

Exp. VII. — A un lapin pesant 1 kg. 820, nous injectons 73 centigrammes de novocaïne. Au bout de 6 minutes, il tombe comme le précédent, avec des convulsions cloniques. Ses membres se raidissent, la respiration se précipite, la cyanose autour de la bouche et du nez s'accentue. Et il meurt 28 minutes après le début de la crise, la mort se produisant par arrêt de la respiration, alors que le cœur bat encore.

De ces expériences, il semble donc que la dose minima mortelle est donc bien, comme le disaient Heineke et Lœven, voisine de 73 centigrammes par kilogramme d'animal, bien que nous ayons vu un animal revenir d'une intoxication obtenue avec 75 centigrammes.

Si Biberfeld avait donné une dose plus faible comme dose mortelle, c'est qu'il expérimentait sur le cobaye qui paraît un peu plus sensible, et où la dose mortelle paraît être voisine de 40 à 50 centigrammes par kilogramme.

Nous avons pu en effet injecter à un cobaye 45 centigrammes de novocaïne qui ont déterminé des phénomènes toxiques graves, pareils à ceux que nous avons relevés chez le lapin : convulsions, opisthotonos, paralysies. — Mais le cobaye au bout de deux heures et demie revint de cette crise et ne mourut pas.

Mais ce qui est plus intéressant à connaître plutôt que la dose mortelle est la dose où débutent les premiers accidents d'intoxication.

Or, si sur un lapin nous avons pu injecter 30 centigrammes par kilogramme

sans avoir aucun trouble, par contre Heineke et Lœwen avec 25 centigrammes ont vu une légère intoxication se produire avec convulsions de peu de durée, il est vrai. La dose où débutent les accidents d'intoxication serait donc aux environs de 30 centigrammes par kilogramme d'animal.

Or, si nous nous rapportons aux doses fixées pour la toxicité des autres anesthésiques, nous voyons que, pour la cocaïne les accidents, les phénomènes d'intoxication commencent à se manifester à la dose de 0,05 centigrammes par kilogramme d'animal, comme je l'avais établi dans un travail précédent paru dans ce journal sur la nirvanine.

La dose pour la stovaïne est de 8 à 10 centigrammes par kilogramme. A 12 centigrammes, comme nous l'avons vu, l'intoxication est déjà sérieuse, beaucoup plus sérieuse que celle que donnent 40 centigrammes par kilogramme de novocaïne.

Avec la nirvanine nous avions établi que la dose minima capable de provoquer des accidents était de 15 à 20 centigrammes par kilogramme d'animal.

Nous voyons donc que la toxicité de la novocaïne est incontestablement une des moindres qu'on puisse trouver ; et on peut dire, d'après ces chiffres relativement énormes, que nous donnons 30 centigrammes par kilogramme d'animal, que la novocaïne, aux doses qu'on peut être appelé à employer sur l'homme, n'est vraiment pas toxique.

Mais cette toxicité sera encore diminuée par l'adjonction de la suprarénine, c'est ce que les expériences de Heineke et Lœwen ont nettement établi.

Si, avec 75 centigrammes par kilogramme d'animal de novocaïne non additionnée de suprarénine, la mort arrive après dix-neuf minutes, et si on ajoute de la suprarénine avec la même dose, les phénomènes d'intoxication apparaissent trois minutes plus tard, et la mort n'arrive qu'après trente-quatre minutes.

Avec 73 centigrammes de novocaïne non additionnée de suprarénine, la mort se produit après vingt et une minutes.

Avec la même dose additionnée de suprarénine, l'animal revient de l'intoxication.

Avec 60 centigrammes par kilogramme non additionnés de suprarénine, après 5 minutes convulsions et paralysie, l'animal revient de l'intoxication au bout de 2 heures 7.

Avec 60 centigrammes additionnés de suprarénine, après trente-huit minutes seulement l'animal revient de l'intoxication et celle-ci a été plus légère, et la paralysie a duré moins longtemps.

Nous-mêmes nous avons vu qu'un lapin injecté avec 75 centigrammes par kilogramme de novocaïne additionnée de suprarénine a résisté, lorsque avec 73 centigrammes de novocaïne seule un autre lapin mourait.

La suprarénine semble donc retarder les phénomènes d'intoxication et diminuer légèrement la toxicité de la novocaïne à laquelle on l'ajoute.

Action sur le cœur.

Tandis que la cocaïne agit sur le cœur et ralentit les mouvements du cœur, la

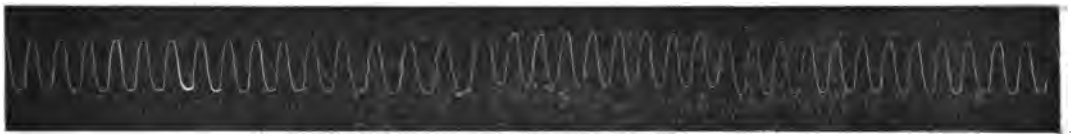
novocaïne semble n'avoir aucune action sur cet organe et paraît tuer surtout par arrêt de la respiration, ainsi que le prouvent les battements du cœur persistant, la respiration s'étant arrêtée.

Les tracés que nous avons pris sur des cœurs de grenouilles, dans les sacs lymphatiques desquelles nous avions injecté des doses relativement considérables de novocaïne, qui avaient déterminé des convulsions, puis de la paralysie des pattes, semblent le démontrer.

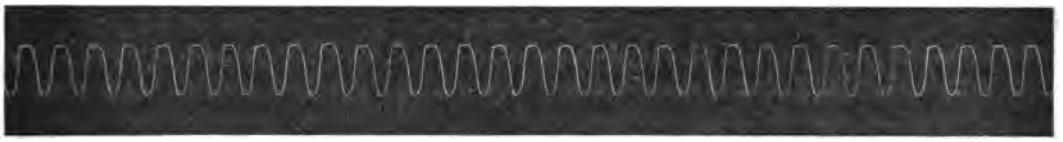
Nous les publions ci-dessous :

Premier tracé. — A une grenouille nous injectons dans le sac lymphatique 10 centigrammes de novocaïne. On peut voir sur ce tracé qu'aucune modification ne se produisit.

Début du tracé du cœur.



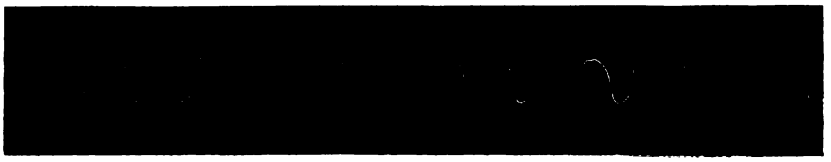
Au bout de 5 minutes.



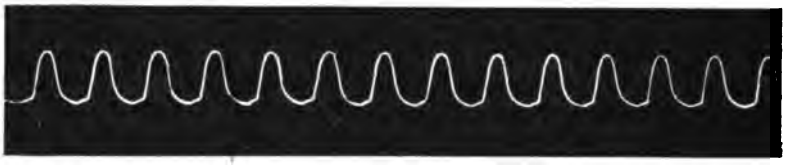
Au bout de 10 minutes.

Tracé pris pendant 14 minutes après injection de novocaïne.

A une seconde grenouille nous injectons 15 centigrammes de novocaïne : l'animal est complètement paralysé. Nous mettons le cœur à nu. Il est pris entre les cuillers du cardiographe Marey ; là encore nous n'avons aucune modification. On peut comparer ce tracé avec celui d'une grenouille dont nous avions mis le cœur à nu sans avoir fait d'injection.



Avec injection de novocaïne.



Normal.

ÉTUDE CLINIQUE.

Depuis cinq mois nous nous servons pour toutes nos petites opérations de novocaïne.

Nous avons opéré des ganglions tuberculeux, des kystes sébacés du cuir chevelu, des lipomes, des hydrocèles, des tumeurs érectiles, des fissures rectales, des adénomes du sein, des hernies, des corps étrangers dans la main. Le nombre de nos interventions s'élève à l'heure actuelle à 32.

Nous avons utilisé les solutions préconisées par Braun.

SOLUTION I. — Novocaïne	0,10 centigrammes
sérum physiologique	5 grammes
solution d'adrénaline (1 : 1000)	X gouttes
SOLUTION 2. — Novocaïne	0,10 centigrammes
sérum physiologique	10 grammes
solution d'adrénaline (1 : 1000)	X gouttes
SOLUTION 3. — Novocaïne	0,25 centigrammes
sérum physiologique	50 grammes
solution d'adrenaline (1 : 1000)	V gouttes
SOLUTION 4. — Novocaïne	0,25 centigrammes
sérum physiologique	100 grammes
solution d'adrénaline (1 : 100)	V gouttes
SOLUTION 5. — Novocaïne	0,10 centigrammes
eau bouillie	5 grammes
SOLUTION 6. — Novocaïne	0,05 centigrammes
eau bouillie	5 grammes.

Comme l'avait constaté Duhot, nous avons trouvé avec ces solutions un pouvoir anesthésique, aussi fort qu'avec la cocaïne à dose semblable.

Les solutions 3 et 4 nous ont paru cependant un peu faibles. Il faut dans ce cas injecter une dizaine de centimètres cubes pour obtenir une anesthésie suffisante : avec la cocaïne, avec des doses aussi faibles, on serait obligé également de doubler les doses.

La solution 5 ne peut être employée si ce n'est pour l'anesthésie régionale à laquelle nous avons peu recours en France, où nous suivons surtout la pratique de Reclus, l'anesthésie par injections intradermiques, auxquelles on ajoute deux ou trois injections profondes sous la tumeur qu'on doit enlever, de façon à anesthésier les parties profondes.

Dans ce cas il est préférable de se servir de la solution 1 ou 2, qui correspondent aux doses de la cocaïne.

Or, avec ces solutions nous avons pu enlever, sans que le malade parût souffrir, un ganglion suppuré du bras, un lipome de l'épaule, pour lesquels nous avions injecté : pour le premier 8 centigrammes de novocaïne d'une solution à 1 p. 100 et pour l'autre 6 centigrammes.

Le plus que nous ayons injecté a été 15 centigrammes pour une hernie inguinale chez un jeune homme très nerveux; l'opération dura quinze minutes et nous fûmes étonnés de la durée de l'anesthésie, car nous pûmes finir les points de suture, l'anesthésie persistant.

Dans l'ablation d'un adénome nous avons utilisé 12 centigrammes chez une femme nerveuse qui n'en ressentit aucun malaise et chez laquelle l'anesthésie fut complète. Elle éprouva à peine un peu de douleur au moment de mettre les dernières sutures de la peau. On peut d'ailleurs, comme nous le verrons plus loin, doubler la dose et aller sans danger sur l'homme jusqu'à 30, 40 centigrammes.

Pour assurer d'ailleurs l'anesthésie, nous conseillons de laisser, entre l'injection et le moment où on opère, s'écouler cinq ou six minutes, et ne pas commencer de suite comme on a trop l'habitude de le faire.

Bien qu'il soit difficile de pouvoir s'en rendre compte d'une façon absolue, il nous a semblé, comme il avait d'ailleurs semblé à M. Blondel (*Société de Thérapeutique*, 1905), que l'action de cet anesthésique était un peu plus durable que celle de la cocaïne. Il nous est arrivé souvent de pouvoir finir notre opération sans que les malades sentissent les points de suture. Toutefois, c'était surtout avec les solutions additionnées d'adrénaline.

Cette addition nous a paru augmenter de beaucoup la puissance anesthésique. Lorsque nous nous sommes servis de la novocaïne, sans adrénaline, nos malades nous ont paru, il s'agissait dans un cas d'une pointe de hernie inguinale, et dans un autre cas d'Alexander, avoir eu surtout pour le premier une anesthésie moins parfaite. L'incision de la peau n'avait pas été douloureuse, mais l'anesthésie des parties profondes avait laissé à désirer, le malade s'était plaint à un moment et nous avions été obligé à plusieurs reprises d'inonder la plaie de la solution de novocaïne.

Mais avec la cocaïne, n'arrive-t-il pas souvent pareille déception, si la quantité de l'anesthésique n'est pas suffisante, si l'opération a été trop longue, trop profonde, et surtout si on a affaire à des sujets très nerveux?

Dans un cas de panaris de l'index nous avons fait l'anesthésie régionale par la ligature à la base du doigt et l'injection d'une solution à 1 p. 100 au voisinage des 2 troncs nerveux. La malade ne parut pas souffrir quand je fendis la pulpe de son doigt.

De l'ensemble de ces cas il m'a paru résulter que la novocaïne additionnée d'adrénaline paraît avoir une puissance anesthésique presque égale à la cocaïne, et qu'on dépasse en doublant les doses, ce qu'on peut faire sans crainte, étant donnée

la faible toxicité du produit, qui serait, d'après Duhot, pour l'homme, au-dessus de 50 centigrammes.

Toutefois la novocaïne ne peut être considérée comme un succédané complet de la cocaïne.

Appliquée en effet sur les muqueuses, sur la muqueuse linguale, la muqueuse buccale, elle anesthésie moins que la cocaïne, et nous verrons que, pour la muqueuse oculaire, les ophtalmologistes ont fait les mêmes remarques.

J'ai pu cependant, avec une solution à 2 p. 100, anesthésier suffisamment un col vésical pour diminuer la douleur des instillations à une solution à 1/50 de nitrate d'argent.

Nous pouvons donc conclure avec Duhot que la novocaïne est l'anesthésique qui se rapproche le plus de la cocaïne, comme action anesthésique, mais qui la dépasse par son peu de toxicité et par sa stérilisation plus facile.

Mes recherches semblent donc confirmer celles qui ont paru avant moi, en Allemagne, et que je citerai ici, comme corollaire, car elles donnent en plus de ce que j'ai dit, des détails sur l'action de la novocaïne, employée soit pour l'anesthésie rachidienne, soit dans les différentes spécialités.

Rachi-anesthésie.

Pour la *rachi-anesthésie*, dont je n'ai personnellement aucune expérience et que je ne veux pas expérimenter, considérant ce mode d'anesthésie comme dangereux à cause des accidents immédiats, et surtout des accidents consécutifs à longue distance qu'il provoque, je me réfère aux auteurs qui l'ont expérimentée.

Ainsi, *Hermès* (1), assistant du professeur Sonnenburg à l'hôpital Moabite de Berlin, dans un travail paru dans la *Médicinische Klinik*, 1906, n° 13, présente 367 observations de rachi-anesthésie, dont 205 avec la stovaïne, et 162 avec la novocaïne.

Il en donne le tableau suivant, tout en faveur de la novocaïne :

	Cas	Suc. compl.	An. part.	An. nulle.
Stovaïne	205	87,3	0	12,7.
Novocaïne	162	92,6	5,5	1,9.

Sur les neuf cas d'anesthésie imparfaite avec la novocaïne, l'auteur dit : « On enregistra quelques cas avec anesthésie unilatérale ; nous croyons ne pas devoir nous tromper en attribuant cela à des erreurs de technique. »

Avec la *stovaïne*, l'anesthésie fut toujours accompagnée de paralysie plus ou moins durable de l'extrémité supérieure ; l'action de la *novocaïne* fut seulement marquée par une légère parésie musculaire.

Aussi le Dr Hermès a-t-il abandonné la stovaïne pour la novocaïne, et il conclut en disant que, jusqu'ici, la novocaïne représente, pour la rachi-anesthésie, le procédé certainement le moins dangereux.

Heineke et *Loewen* se sont également servi de la novocaïne pour l'anesthésie médullaire.

(1) *Medicinische Klinik*, 1906, n° 13.

Dans 29 cas ils ont employé des doses assez fortes de novocaïne, puisqu'elles étaient de 10 et finalement de 15 p. 100.

Ils ont injecté de 10 à 15 centigrammes de novocaïne dans le canal rachidien, en ayant le soin d'aspirer un peu de liquide cérébro-spinal dans la seringue.

Ils n'ont observé aucun des phénomènes généraux menaçants. Dans deux cas seulement de laparotomie, ils furent frappés de la petitesse du pouls et de la pâleur de la face.

S'ils ont vu certains effets secondaires, tels que mal de cœur et vomissement, ils ont soin d'ajouter que toutes leurs observations ont été faites dans des cas de laparotomies, où il est difficile de décider si les effets secondaires doivent être portés au compte de l'anesthésie ou à celui de l'opération.

Mais jamais ils n'ont constaté les effets tardifs d'une longue durée, tels que maux de tête, dont les malades se plaignent fréquemment après la *stovaïne*.

Ce qui leur paraît un grand avantage de la novocaïne sur la stovaïne.

Il leur a semblé, cependant, que la durée de l'anesthésie était un peu plus courte.

Opitz (*Münchener med. Woch.*, 1906) a employé la novocaïne dans 25 cas d'anesthésie médullaire pour des opérations gynécologiques.

Il s'est servi d'une solution à 5 p. 100 dont il a injecté 3 cc. ; c'est-à-dire 15 centigrammes de novocaïne, comme Hermès.

Il conclut, de ces 25 observations, que la novocaïne produit toujours une anesthésie suffisante pour les grandes interventions.

Il ne se plaint pas comme les auteurs précédents de la moindre durée de la novocaïne ; au contraire, il fait remarquer que l'anesthésie a duré, dans ces cas, entre 40 minutes et plusieurs heures.

En dehors de quelques légers troubles comme le ralentissement du pouls et la pâleur, il ne cite aucun accident.

Sonnenburg (*Lenthold Gedenkschrift*, II B[d]) a pratiqué aussi l'anesthésie médullaire avec la novocaïne.

Sa dose ordinaire pour obtenir l'anesthésie médullaire s'étendant jusqu'aux côtes est de 12 à 15 centigrammes.

On voit que tous les auteurs sont à peu près d'accord sur les doses.

Il ajoute l'adrénaline à la novocaïne, afin de diminuer les phénomènes convulsifs.

L'anesthésie, dit-il, arrive ordinairement au bout de trois à cinq minutes. Sa durée est de une à deux heures, quelquefois au-dessous, d'autres fois dépassant de beaucoup la moyenne.

Pendant les interventions abdominales, il notait quelquefois de légers phénomènes lipothymiques, fugaces, sans pouvoir s'assurer s'ils étaient provoqués par la novocaïne.

Il y eut quelques phénomènes consécutifs, tels que maux de tête, rachialgie ; mais ils disparaissaient en peu de temps.

En somme, sans se prononcer d'une façon absolue, comme Hermès, Sonnen-

burg dit qu'après avoir employé indifféremment la stovaïne et la novocaïne, il a pu constater que celle-ci donnait exactement les mêmes résultats que celle-là.

Urologie.

En *urologie*, les témoignages en faveur de la novocaïne sont encore nombreux.

Ainsi, *Robert Lucke* (*Monatschrift für derm. Krank. und sexuelle Hygiene*, 1906, Heft 3) s'en déclare très satisfait, et il donne la technique et les doses qui lui ont réussi.

A l'aide d'une seringue de Guyon, si l'on injecte goutte à goutte 3 cc. d'une solution de 1 p. 100 avec VI à X gouttes de suprarénine, on obtiendrait d'après lui l'insensibilité de l'urètre et du canal postérieur.

Il a insensibilisé la vessie en introduisant d'abord 1 cc. de solution de suprarénine au millième avec 100 cc. d'eau; puis en ajoutant huit minutes après 5 cc. d'une solution de novocaïne à 10 p. 100.

Au bout de quinze minutes, l'anesthésie était obtenue.

L'auteur considère la novocaïne comme un anesthésique tout indiqué dans la pratique urologique.

« Ce qui en fait, dit-il, un anesthésique idéal, *c'est qu'elle est exempte de pouvoir irritant*, et que l'adjonction d'une minime quantité de suprarénine augmente la durée de l'anesthésie au delà des besoins de la pratique. »

Nous avons nous-même essayé les solutions indiquées par Robert Lucke; et nous avons pu, en effet, obtenir l'anesthésie urétrale dans un cas de spasme de l'urètre, qu'on avait pris pour un rétrécissement.

Après avoir injecté 10 centigrammes de novocaïne dans l'urètre, nous pûmes poser une sonde n° 16, aisément.

En urologie encore, *Freemann* (*Dermatologisches Centralblatt*, Neunter Jahrg., n° 8), emploie la novocaïne combinée avec l'*albargine*.

Il a essayé cette combinaison dans 45 cas d'urétrite aiguë.

« C'est, dit-il, la faible toxicité de la novocaïne qui lui a permis de généraliser cette méthode, car avec la cocaïne les craintes d'intoxication arrêtent le praticien. »

Il a constaté que la novocaïne était admirablement tolérée, et qu'elle n'a jamais provoqué de phénomènes irritants.

Duhot, chef de service d'urologie et de dermo-syphilographie à la polyclinique centrale de Bruxelles, déclare dans son travail (*Ann. de la policlin. de Bruxelles*, octobre 1904), qu'il a remplacé la cocaïne par la novocaïne dans la pratique des voies urinaires.

Avec des solutions de 1 et 2 p. 100 additionnées d'une faible quantité de suprarénine, dose : 4 cc., il a obtenu l'anesthésie complète.

Il considère la novocaïne comme le corps qui se rapproche le plus de la cocaïne comme puissance anesthésique, et il constate que, additionnée d'une faible quantité de suprarénine, sa puissance augmente au point d'égaler celle de la cocaïne.

Il constate également sa supériorité sur l'alypine et sur la stovaïne qui, d'après son observation, sont vaso-dilatatrices et dont l'*injection est douloureuse*.

Enfin la novocaïne a une toxicité beaucoup moindre, elle n'est pas altérée par la chaleur et peut être facilement stérilisée.

ODONTOLOGIE.

Si nous passons à l'*anesthésie dentaire*, nous trouvons là, également, des témoignages unanimes de satisfaction.

Cieszynski (*Deutsche Monats. für Zahnheilkunde*, avril 1906), pour 25 extractions, s'est servi d'une solution isotonique de 1 p. 100. Il a employé cette même solution à 2 p. 100 pour 638 extractions. On ajoutait II à III gouttes de suprarénine pour 1 cc. La dose injectée était de un demi à 1 cc., par dent.

Il préconisa la solution de 2 p. 100 qui lui paraît la plus indiquée.

Il a obtenu ainsi l'anesthésie absolue dans les cas même les plus difficiles.

L'hémorragie était modérée, jamais de douleurs consécutives.

Quant à quelques indispositions légères survenues dans sept cas, l'auteur ne peut pas les attribuer sûrement à la novocaïne, parce que de pareils phénomènes sont souvent observés sans emploi d'anesthésique.

Il conclut à la supériorité de la novocaïne. Elle est sept fois moins toxique que la cocaïne et trois fois et demie moins que l'alypine. Elle est stérilisable par l'ébullition.

Enfin, considération secondaire et commerciale que personne n'avait songé à envisager, mais qui a en définitive un côté agréable : « Elle est, dit-il, notablement meilleur marché que la cocaïne ! »

Le Dr *Euler*, dans sa communication à la Société odontologique de Heidelberg, du 9 avril 1906 (1), — présente trois cents interventions avec la novocaïne sans aucun phénomène d'intoxication, ni même de phénomènes désagréables tardifs.

Il apprécie la grande supériorité de la novocaïne et sa faible toxicité relativement à la cocaïne, avec une propriété anesthésique presque égale.

Guido Fischer (*Deutsch. Monats. für Zahnheilkunde*, juin 1906) a employé la novocaïne en odontologie pendant huit mois. Il n'a jamais regretté de l'avoir substituée à la cocaïne.

Avec une solution de 1 p. 100, il a pu procéder à toutes les interventions de l'art dentaire.

Il exprime l'opinion que la novocaïne remplit le mieux les conditions formulées par Braun, auxquelles doit répondre le meilleur anesthésique local.

Elle est six fois moins toxique que la cocaïne ; elle n'est pas irritante ; elle est très soluble dans l'eau ; elle se combine avec la substance surrénale sans influencer l'action de cette dernière ; elle possède une grande force de pénétration pour les muqueuses.

Et cet auteur conclut que la novocaïne, combinée avec la substance surrénale, est le meilleur anesthésique local dans l'art dentaire.

OPHTALMOLOGIE.

J'aurai enfin fini cette étude en parlant des essais qui ont été faits de la novocaïne en ophtalmologie.

(1) *Deutsch. Monats. für Zahnheilkunde*, juin 1906.

Ici nous entendons les premières critiques. Et si, en injections sous-cutanées, la novocaïne semble pouvoir remplacer la cocaïne, pour l'anesthésie en surface des muqueuses il n'en sera pas de même. La cocaïne conserve sa supériorité incontestable sur tous les autres anesthésiques qu'on a voulu lui opposer, y compris la novocaïne.

C'est ainsi que Gelb (*Archiv. für Augenheilkunde*, Bd. L, Heft. 1,2 mai 1906), tout en trouvant que les solutions à 2 p. 100 produisent une légère anesthésie, cependant ne la trouve pas suffisante pour l'extraction des corps étrangers, et nous dit qu'on doit avoir recours à des solutions à 10 p. 100. C'est la même conclusion à laquelle arrivent MM. Scrini et Chevalier (*Bull. de la Société de Thérapeutique*, 1906).

Pour eux il faut employer des solutions à 5 p. 100 pour obtenir, en laissant tomber II à III gouttes dans l'œil, une anesthésie légère superficielle de 5 à 6 minutes.

Cette anesthésie se prolongerait davantage sans toutefois gagner en intensité, quand on élève le titre de la solution à 10 p. 100. Avec une solution à 2 p. 100, la sensibilité de la conjonctive bulbaire et de la cornée ne paraîtrait pas beaucoup influencée. Enfin, la novocaïne n'exercerait aucune action sur la pupille, l'accommodation et la tension intra-oculaire de l'œil.

Le seul avantage que les auteurs concéderaient à la novocaïne, c'est que, même concentrée et en poudre, elle n'irriterait pas les tissus.

Comme on le voit, ces résultats ne concordent qu'en partie avec ceux de Gelb, que nous avons cité plus haut.

Toutefois, de ces faits, fournis par l'expérimentation sur l'œil, il faudrait conclure que, quand il s'agit de l'anesthésie en surface des muqueuses par absorption d'une solution déposée, la novocaïne semble devoir être employée à doses plus élevées que la cocaïne, ce qui indique que sa puissance anesthésique est, en réalité, un peu moindre, tout en étant peu éloignée.

C'était, d'ailleurs, aux mêmes conclusions que Braun et Heinz, ainsi que Heineke et Lœwen arrivaient, lorsqu'ils constataient que, pour anesthésier les extrémités nerveuses, une solution de novocaïne à cinq centigrammes pour 100 centimètres cubes d'eau distillée était insuffisante et ne donnait qu'une toute petite diminution de la sensibilité, lorsque avec une solution dans les mêmes conditions de cocaïne, on obtenait une anesthésie de deux minutes.

Mais ce sont là, disons-le de suite, des faits d'analyse très minutieuse. Car les mêmes auteurs nous disent que avec une solution de 1 p. 100 de novocaïne, ils obtiennent l'anesthésie des bouts de nerfs situés à proximité de l'endroit où on a fait l'injection.

Et plus loin, ils nous montrent que, dans l'anesthésie conductrice, dans l'anesthésie régionale on obtient, avec des solutions à 1 p. 100, ou des solutions de novocaïne additionnées de suprarénine, solutions à 0,50 p. 100, l'anesthésie.

Lœwen nous cite, entre autres, cette observation :

Injections autour de la base de la phalange du medius gauche de 2 centimètres cubes d'une solution de novocaïne à 0,50 p. 100, additionnée par centi-

mètre cube d'une goutte d'adrénaline à 1 p. 1000. L'anesthésie se répand vers le bout du doigt. Après dix-neuf minutes, le doigt entier est anesthésié. La durée de l'anesthésie du doigt est de deux heures 19 minutes.

Nous-mêmes nous avons pour l'ablation d'un ongle obtenu, en procédant de même et en employant les mêmes doses, une anesthésie complète et qui a duré pendant près d'une demi-heure.

CONCLUSIONS.

De tous ces faits, de nos expériences personnelles et de l'exposé des recherches de tous les auteurs que nons avons cités, nous pouvons donc conclure que la novocaïne est évidemment un anesthésique qui mérite, à tous égards, pour l'anesthésie locale, d'être expérimenté par nos collègues.

D'une puissance anesthésique un peu moindre que la cocaïne, la novocaïne paraît cependant devoir lui être préférée, et surtout être préférée à tous les autres anesthésiques succédanés de la cocaïne vantés dans ces derniers temps, la stovaïne, en particulier. Avec des doses relativement faibles, qu'on peut diminuer par l'adjonction de la suprarénine, ou qu'on peut augmenter sans danger, on peut arriver à l'anesthésie absolue avec une sécurité qu'on n'a pas avec la cocaïne et la stovaïne, dont on ne peut augmenter les doses sans appréhension. Cette anesthésie semble, d'après nos expériences et celles de M. Blondel, être d'assez longue durée, et, je le répète, elle est obtenue avec le minimum de danger, grâce à la facilité de stérilisation, l'absence de tout phénomène irritatif, et à la minime toxicité de l'anesthésique que nous venons d'étudier.

Bibliographie.

BIBERFELD. — *Pharmakologisches über Novocain mediz. Klin*, N° 48, 1905.

OPITZ. — *Münch. medizinische Wochenschrift*, N° 18, 1906.

EDOUARD SONNENBURG. — *Lenthold Gedenkschrift*, II B^d.

O. HERMES. — *Aus der medizinischen Klinik*, 1906, N° 13. Berlin.

FRITZ-LIEBL. — *Aus der münch. medizinischen Wochenschrift*, N° 5, 1906.

JULIUS MISCH. — *Aus der G. Oesterr-ungar. Viertel Jahrschrift für Zahnheilkunde*, Juli, 1906.

RUD. HANG. — *Aus dem Archiv für Ohrenheilkunde*, Band LXIX.

BRAUN. — *Deutsche med. Wochenschrift*, N° 42, 1905.

HEINEKE und LŒWEN. — *Deutsch. Zeitschrift f. Chir.*, B^d LXXX, p. 180, 1905.

SACHSE. — *Deutsche zahnärztl. Wochenschrift*, N° 45, 1905.

SCHMIDT. — *Münch. med. Wochenschrift*, N° 46, 1905. Dresden.

DANIELSEN. — *Münch. med. Wochenschrift*, N° 46, 1905.

EULER. — *Deutsche zahnärtliche Wochenschrift*, N° 20, April 1906. Heidelberg.

GEBB. — *Archiv. für Augenheilkunde*, B^d LV, Heft 1, 2 mai 1906.

THEODOR MAYER. — *Dermatologische Zeitschrift*. B^d XIII, N° 43.

BLONDEL. — *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*, 23 déc. 1906.

BARDET. — *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*, 23 déc. 1906.

H. FREEMAN. — *Dermatologisches Centralblatt*, Neunter Jahrgang. N° S.

ROBERT LUCKE. — *Monatsschrift für derm. Krankheiten und sexuelle Hygiene*, 1906, Heft 3.

CIESZYNSKI. — *Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde*, 1906, April Heft.

GUIDO-FISCHER. — *Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde*, 1906, Juni Heft.

Dr DUHOT. — *Ann. de la Policl. cent. de Bruxelles*, oct. 1905.

CHEVALIER et SCRINI. — *Bull. de la Société de Thérapeutique*, 10, 11 et 24 octobre, n° 15, 1906.

KLEIN. — *Bulletin de Thérapeutique*, 30 juillet 1906.

COMPTE RENDU
DES
SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 22 octobre 1907.
Présidence de M. Saint-Yves-Mesnard.

M. Marie a étudié l'*action de l'atoxyl dans la paralysie générale.* Il a traité 12 malades et n'a observé aucun effet thérapeutique : en revanche, chez les malades avancés, l'intoxication se manifeste par de la paralysie, de l'amaurose, des vertiges, des nausées, des troubles vésicaux, etc., dès la quatrième piqûre.

A doses faibles, l'atoxyl est un bon tonique, analogue au cacodylate.

L'orateur se garde de vouloir tirer des conclusions de ces observations, ne concernant que des cas désespérés : il estime que, dans des cas moins avancés, on obtiendrait de bons résultats.

L'atoxyl allemand a été seul employé.

M. Chevalier fait remarquer que la distinction entre les deux arsenicaux est d'ordre purement chimique et n'a aucun rapport avec la pharmacologie. Il s'agit d'un seul et même corps, obtenu par le même procédé de fabrication.

M. Chassevant croit qu'une bonne part des accidents est attribuable à l'aniline, substance éminemment toxique ayant provoqué des accidents même mortels.

M. Bardet estime que ces accidents rappellent ceux que provoquent les arsenicaux.

Il ne faut pas oublier que l'atoxyl a été employé en premier lieu pour combattre le trypanosomiase, avec un très bon résultat, alors que le cacodylate n'avait rien donné. Les effets thérapeutiques de l'atoxyl tiennent justement à la mobilité de la formule : il faut se méfier des hautes doses. On utilise avec trop de sécurité les corps à métaux dissimulés. Les doses de 0 gr. 10 sont bien suffisantes pour l'atoxyl.

M. Chassevant estime qu'il faudrait essayer systématiquement des mélanges d'acide arsénieux et d'aniline : on arriverait ainsi à un mélange qui serait efficace sans danger de toxicité, ce qu'on ne peut obtenir avec des combinaisons dont le degré de décomposition intra-organique est variable.

M. Tissier lit un travail sur le *traitement de la coqueluche.* Ayant remarqué que le chloroforme, le bromoforme et l'iodoforme exerçaient une action indéniable sur cette affection, l'orateur a cherché à utiliser un produit moins dangereux de la même série chimique, et s'est arrêté au fluoroforme, dont il emploie une solution aqueuse saturée (2,8 p. 100) ; cette solution est incolore, inodore, presque insipide et très peu toxique.

Dans ces quatre dernières années, l'orateur a traité 117 cas de coqueluche uniquement avec le fluoroforme. Il n'a jamais eu le moindre accident, même quand des doses élevées (cuillerées à soupe au lieu de cuillerées à café) furent administrées.

Dès le deuxième ou troisième jour, on note une diminution du nombre des quintes, et au bout d'une semaine l'affection est enrayée. Il n'y eut jamais de broncho-pneumonie, et dans les cas où elle existait au début du traitement, on observa une régression rapide.

Il faut s'en tenir à des doses élevées, car les faibles n'ont pas d'action.

Jusqu'à l'âge de deux ans, on commence par donner une goutte après chaque quinte, et à mesure que celles-ci diminuent de nombre, on augmente les gouttes, sans dépasser le chiffre de 100 gouttes (5 gr.) par jour.

A partir de deux ans, on donne jusqu'à 10 gr. par jour, chez les adolescents 15 gr.

On n'observe aucun trouble digestif, aucun arrêt dans la digestion du lait, bien que, en dehors de l'organisme, le fluor enraie la fermentation lactique.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Le goitre exophtalmique et son traitement hydrominéral, par A. PIATOT (*La Presse thermale*, 10 octobre 1907). — Sur 22 cas de goitre exophtalmique observés à Bourbon-Lancy, 10 ont fonctionnellement guéri: état général excellent, disparition de la tachycardie, des battements thyroïdiens, de l'exophtalmie, de l'amaigrissement, de la diarrhée et du tremblement. Cinq ont été améliorés, les sept autres n'ont pas obtenu de résultat.

L'action favorable de Bourbon-Lancy s'explique par l'effet sédatif que les eaux exercent sur toutes les modalités de la sensibilité, douleurs articulaires, musculaires ou névralgiques, sur l'excitation nerveuse réflexe, le tremblement, l'insomnie; en outre, elles ont une action très profonde sur la nutrition et sur toutes les manifestations rhumatismales.

C'est surtout le traitement externe, bain suivi de douche sous-marine et bain alterné avec douche tiède en pluie, qui a le rôle prédominant. Dans la tachycardie du goitre exophtalmique, la préférence pour le traitement hydrominéral est donnée aux bains prolongés, à la douche tiède, pendant laquelle la salle est inondée de vapeurs chargées d'inhalations. La régularité des fonctions cardiaques se rétablit en résumé par l'action sédative du système nerveux.

L. JUMON.

Les pommes de terre dans le régime des diabétiques, par Marcel LABBÉ (*La Presse médicale*, 12 octobre 1907). — L'auteur démontre par des expériences que l'amidon de pomme de terre est le mieux supporté parmi les matières hydrocarbonées usuelles, car dans six cas sur sept, il fut mieux supporté que le pain.

La pomme de terre est beaucoup mieux tolérée que le lait et les sucres, et ses avantages sur la farine d'avoine et les légumineuses sont réels. A poids égal, elle contient 2 1/2 à 3 fois moins d'hydrates de carbone que le pain, ce qui permet de contenter un diabétique auquel on supprime le pain : on arrive assez aisément à ne pas dépasser une seule pomme de terre par repas, ce qui ne fait que 20 ou 40 grammes d'hydrates de carbone. Il est d'ailleurs plus aisé de supprimer entièrement le pain que d'en réduire la quantité, et son remplacement par un aliment facile à supporter, même à haute dose, est en général bien accepté. Avec 1.000 grammes, on donne 200 grammes d'hydrates de carbone ; c'est là un apport très suffisant de principes ternaires.

La pomme de terre a en outre l'avantage de permettre l'absorption de grandes quantités de graisses, et elle peut être accommodée de façons fort diverses.

En résumé, elle doit entrer dans le régime des diabétiques, mais non pas à titre de régime spécifique et curatif : quels que soient ses avantages sur le pain, on ne doit jamais perdre de vue ce principe que, dans l'institution du régime des diabétiques, la quantité des hydrates de carbone importe plus que leur qualité.

E. VOGT.

Le traitement de l'empoisonnement par le gaz d'éclairage et la transfusion directe du sang, par CRILE et LENHART (*The Amer. J. of the med. Sc.*, oct. 1907). — Dans 16 cas d'empoisonnement par le gaz d'éclairage, les auteurs ont eu recours au traitement suivant:

Tous les malades furent soumis à un traitement stimulant. 10 eurent des inhalations d'oxygène, 4 furent saignés, 5 reçurent des injections salines; les 16 cas succombèrent. L'oxygène est certainement indiqué, non pour oxyder l'oxyde de carbone, mais pour le déplacer par un grand excès. Il est préférable d'instituer le traitement dans une salle chauffée, parce que certains malades semblent avoir dû leur collapsus à l'air froid. La saignée est rationnelle lorsqu'elle est combinée à l'injection de solution saline ou de sang. Mais la plupart des auteurs la condamnent employée seule.

La transfusion du sang défibriné par les anciennes méthodes, en même temps que la saignée, n'a qu'un intérêt historique. Devant l'incertitude des résultats, les auteurs ont fait des expériences sur des chiens qu'ils intoxiquèrent par le gaz et lorsque la pression sanguine s'abaissait à un certain niveau, on instituait un traitement.

Dans 8 cas sur 16, le cœur avait cessé de battre avant le traitement, dans tous la respiration s'était arrêtée. Sur 10 animaux traités par la transfusion sanguine, la saignée, la manipulation du cœur et la respiration artificielle, 7 vécurent, 3 succombèrent.

Les autres animaux traités par les autres méthodes succombèrent tous.

Les auteurs concluent de ces expériences que la transfusion du sang semble bien supérieure en efficacité aux autres méthodes thérapeutiques. Pour que l'animal puisse se rétablir, il est nécessaire de commencer la transfusion immédiatement après que le cœur a cessé de battre Elle n'est plus efficace si le cœur a cessé de battre depuis un certain temps.

L. Jumon.

Les injections intraveineuses insolubles, par M. C. Fleig (*Soc. biol.*, 20 juillet 1907, et *Comptes rendus Acad. des Sciences*, 22 juillet 1907). — On a admis, jusqu'à présent, que l'introduction, dans la circulation sanguine, de corps étrangers solides déterminait des coagulations intravasculaires et des embolies. M. Fleig n'accepte pas cette opinion : il a pu, en effet, injecter dans le sang, et sans produire d'accidents, des substances insolubles.

Ses premières expériences ont porté sur le chien et le lapin. L'auteur a injecté des sérums isotoniques renfermant de l'hydrate ferrique gélatineux et il n'a pas observé d'effets nocifs, même lorsque la quantité de sérum ainsi introduit représentait trois ou quatre fois la masse sanguine de l'animal en expérience.

Dans divers cas d'anémie, M. Fleig a injecté à l'homme, par voie intra-veineuse, 500 cc., et même davantage, de ce même sérum. Les injections ont pu être répétées deux ou trois fois par semaine sans qu'il en soit résulté aucune gêne dans la respiration ou la circulation.

L'auteur préfère même, dans le traitement de l'anémie, les injections insolubles aux injections solubles. Le métal, en effet, séjourne ainsi plus longtemps dans l'organisme, car il ne peut, grâce à son état physique, filtrer en nature à travers l'épithélium des glandes éliminatrices. Il est probable que les phagocytes interviennent alors et transforment le fer insoluble en fer organique.

M. Fleig a ainsi obtenu de bons résultats chez deux femmes atteintes d'anémie. Grâce aux injections intraveineuses de fer, le nombre des globules rouges s'est élevé après un mois de traitement, dans le premier cas, de 3.150.000 à 4.950.000 et dans le second cas, de 1.400.000 à 3.800.000.

Pierre Sée.

A propos des injections intraveineuses insolubles, par M. Camus (*Soc. biol.*, 27 juillet 1907). — M. Camus, contrairement aux idées de M. Fleig, estime que l'injection, dans le torrent circulatoire, de substances insolubles peut amener des coagulations sanguines. Il a remarqué, par exemple, à la suite d'injections intravasculaires d'extrait de pulpe vaccinale, que de petits fragments de substance solide s'imprégnaient de fibrin-ferment et ne pouvaient sans danger circuler dans le sang.

Pierre Sée.

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,

Médecin des hôpitaux.

Le traitement de la diphtérie par les injections massives de sérum antidiphtérique, par le prof. Deléarde et J. Minet et Bricout (*La Province médicale*, 5 octobre 1907). — Un fait important à noter est qu'une diphtérie paraissant bénigne à ses

débuts peut prendre une allure grave, revêtir la forme hypertoxique et entraîner la mort malgré tous les efforts d'une thérapeutique énergique. Le seul procédé pour éviter cette éventualité est la méthode des injections massives d'emblée de sérum. Elle met à l'abri des complications dues à l'influence de la toxine diphtérique. Dans leur travail, les auteurs citent des faits cliniques démontrant l'innocuité des doses élevées, la curabilité de certains signes d'intoxication, la guérison rapide de la diphtérie et l'absence de convalescence grâce à ces injections massives.

Dès l'arrivée à l'hôpital, le petit malade, quels que soient son âge, et la forme de la maladie, reçoit une injection de 50 cc. de sérum antidiphtérique. Jamais cette dose n'a occasionné le moindre accident, même si l'enfant n'a que de la laryngite striduleuse ou s'il est âgé de quelques mois. Un enfant de deux mois et demi a reçu en une seule fois 60 cc. Suivant l'état du malade, le lendemain de l'entrée et si la diphtérie était reconnue à l'ensemencement, on complétait la dose de façon à la porter dans l'espace de vingt-quatre à trente-six heures à plus de 100 cc., dose nécessaire dans le roup et la diphtérie nasale.

Dès le troisième jour, quelquefois avant, la température tombe brusquement à la normale ; si le tubage a été nécessaire, le tube est enlevé dès le lendemain de l'entrée. Les moules bronchiques se détachent et sont expectorés en masses. L'évolution de la maladie est extrêmement rapide et en trois jours tout est rentré dans l'ordre. L'albuminurie, qui est une indication absolue des doses massives de sérum, disparaît rapidement. Jamais, d'ailleurs, l'albuminurie, quand elle n'existait pas à l'entrée, ne s'est montrée après les injections. Les éruptions sériques ne sont pas plus fréquentes.

Comme traitement supplémentaire : jamais d'antithermiques, attouchements de la gorge avec le menthol (20 grammes) camphré (10 grammes), lavage de la bouche avec la liqueur de Labarraqne (5 p. 100). Bains tièdes chaque matin, en cas de bronchite deux enveloppements sinapisés par jour. Potion expectorante au benzoate de soude et à l'oxymel scilcitique pour faciliter l'élimination des exsudats. L'enfant tubé ou en instance de tubage est placé dans une cage de verre qu'on inonde de vapeur d'eau aromatisée au goudron ou à l'eucalyptol.

L'alimentation peut être quelconque, mais pauvre en chlorure. Les boissons doivent être abondantes.

L. Jumon.

La fièvre typhoïde chez les personnes âgées, par Arthus S. Hamilton (*The Amer. J. of the med. sc.*, octobre 1907). — Les cas recueillis dans ce travail concernent des sujets âgés de cinquante à soixante-dix-neuf ans. L'évolution de la maladie s'écarte beaucoup du type classique et c'est la réaction de Widal qui permet le plus souvent le diagnostic. Dans le cours de la maladie les symptômes pulmonaires et cardiaques sont souvent plus importants que les troubles gastro-intestinaux. Des complications insolites peuvent apparaître, notamment du côté de la vessie. La convalescence est en général excessivement lente. La durée moyenne de la maladie a été de soixante jours, dans un cas elle a atteint cent vingt jours. Sur 27 malades, 6 moururent de causes diverses : hémorragie, perforation intestinale, péritonite, inanition, affection organique du cœur, phlébite, pneumonie et méningite typhoïdique.

Le traitement institué a été celui qu'on emploie chez les sujets plus jeunes, en surveillant particulièrement les complications cardiaques, pulmonaires et génito-urinaires. Dans les cas légers il est rarement nécessaire de combattre la fièvre. Pour les cas plus sérieux il a été nécessaire de recourir aux bains. Dans 7 cas cependant il a fallu y renoncer en raison de l'état de cyanose très prononcée après le bain et l'on s'est contenté de lotions.

Contre la diarrhée il est utile de recourir aux astringents et aux antiseptiques ; les troubles vésicaux ont été combattus d'une façon satisfaisante par l'urotropine. Pour prévenir les complications pulmonaires pendant la convalescence, il est prudent de faire asseoir le malade sur son lit le plus tôt possible, et de donner un régime un peu solide sitôt que la température se rapproche de la normale. La prolongation de la convalescence est une cause d'affaiblissement grave chez les sujets âgés qui ont été atteints de fièvre typhoïde.

L. Jumon.

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT,

Ancien interne des hôpitaux.

Dilatation stomacale post-opératoire (*XXe Congrès français de chirurgie*, 1907). — M. PSALTOFF (de Lauzanne) a vu une femme succomber aux suites d'une hystérectomie supra-vaginale pour fibromes utérins sans aucun accident. Il s'agissait, ainsi que l'autopsie le montra, d'une dilatation aiguë de l'estomac, qui se révéla dans les dernières heures par des vomissements incoercibles. Il serait intéressant de connaître, dans des cas pareils, l'état antérieur de l'estomac chez une opérée. Sans quoi un doute subsiste nécessairement sur les origines d'une complication aussi malheureuse. Cette recherche fait défaut le plus souvent en pratique.

A. BENOÎT.

Les luxations congénitales de la hanche (*XXe Congrès français de chirurgie*, oct. 1907). — M. FROELICH divise les luxations de la hanche en trois groupes :

1° Luxations congénitales traumatiques (vie intra-utérine).

2° Luxations tératologiques (vice du germe, absence ou atrophie de la cavité cotyloïde).

3° Luxations pathologiques acquises dans les premiers mois de la vie (arthrite coxo-fémorale).

Cette distinction a de l'importance au point de vue pronostique : dans le premier groupe, la guérison survient assez aisément et elle est parfaite. Dans les deux autres il faut se contenter d'améliorations et on subit souvent des échecs.

Chez les sujets âgés (douze ans et au-dessus), M. Redard a abandonné toute tentative de réduction véritable, à cause des difficultés opératoires, créées par la raideur des muscles et l'ankylose consécutive. Il conseille donc ici un traitement palliatif non sanglant, qui consiste à exécuter une pseudo-réduction. La tête fémorale est transposée en avant et fixée sous l'épine iliaque antéro-supérieure. Comme M. Lorenz, il met l'articulation luxée en hyperextension et le membre en abduction forcée. L'immobilisation plâtrée doit être maintenue trois mois. M. Calot (de Berck) se borne à présenter des enfants opérés de luxation congénitale, chez lesquels il a obtenu la disparition de la boiterie, dite boiterie de naissance, en opérant tôt, sitôt le diagnostic fait. M. Judet (de Paris) se déclare satisfait des résultats obtenus avec le seul traitement orthopédique ou port d'un appareil pendant cinq mois.

A. BENOÎT.

Les transplantations nerveuses, musculaires et tendineuses dans le traitement des paralysies (*XXe Congrès français de chirurgie*, 7 au 12 octobre 1907). — Dans le rapport confié à M. GAUDIER (de Lille), nous relevons de nouvelles indications, ainsi qu'une impression générale favorable. L'orateur sépare son sujet en deux parties : transplantation de tendon à tendon, totale ou partielle, et transplantation périostale. Dans la *suture de tendon à tendon*, la méthode descendante est celle qui réussit le mieux. L'étude des mouvements sera assez minutieuse, pour qu'on soit assuré d'emprunter des tendons vraiment utiles. L'aide, pendant la suture, redresse la difformité en hypercorrection. Le tendon paralysé doit être généralement raccourci ; on jugera dans quelle mesure, après section de la peau, des aponévroses et des gaines. La majorité des chirurgiens emploie la greffe en fente. Il faut savoir que le même résultat est atteint par quelques-uns en suturant *muscle à muscle*. Le matériel de suture comprend la soie, la plus usitée, le catgut, les crins, le fil d'argent ou d'aluminium.

La *transplantation périostale* comprend la suture du tendon sain directement au périoste, ou à un *tendon artificiel en soie*, qui servira d'intermédiaire entre le tendon et le périoste. Les soins consécutifs comprennent : l'application d'une *bande ou gouttière plâtrée*, comme appareil contentif. Celle-ci ne sera enlevée que lorsqu'on pourra appliquer un appareil orthopédique. Le massage, les bains, la gymnastique sont des moyens adjuvants à employer avec mesure. Ce n'est pas tout : le malade aura une nouvelle éducation à faire pour mouvoir son membre. M. Gaudier estime que la méthode, au point de vue général, est de réelle valeur et que les résultats obtenus par M. Vulpius sont supérieurs à ceux que donnent l'arthrodèse ou l'orthopédie.

La *transplantation nerveuse* a été employée contre les paralysies faciales et les paralysies infantiles. On sait qu'au début, c'est à l'anastomose *spino-faciale* que l'on donnait la préférence. Mais l'association des mouvements de l'épaule à ceux de la face créant une difficulté, on a cherché à lui substituer l'anastomose *hypoglosso-faciale*.

Ici, autre inconvénient : hémiparésie linguale avec troubles de la déglutition. Dans les paralysies des membres, on a publié des succès véritables obtenus sur le membre inférieur, puisque les muscles paralysés retrouvaient leur fonctionnement et le membre sa forme. Mais avant d'y recourir, on doit s'assurer que tout un territoire musculaire innervé par le même nerf n'est pas frappé de paralysie. La contre-indication est ici la même que pour la suture tendineuse. On s'exposerait donc à des échecs, si ce n'est à créer des paralysies nouvelles.

M. Kirmisson, de Paris, trouve, pour sa part, que la question n'est pas suffisamment étudiée. On n'a indiqué que les résultats immédiats, alors que l'on voit souvent la réussite apparente faire place à l'insuccès complet. Comment apprécier les résultats de la transplantation, alors que, dans beaucoup de cas, on a fait conjointement des ténotomies et fixations diverses? L'*arthrodèse* lui semble donner, soit au pied, soit au genou, des résultats meilleurs et plus certains. Si la méthode, il le reconnaît, convient à des cas de gravité moyenne, il est préférable de maintenir dans les cas graves la pratique usitée jusqu'ici. On doit tout d'abord opérer le *redressement* des difformités, la correction des attitudes vicieuses, en se servant des opérations connues de ténotomie, raccourcissement ou allongement de tendon. Ce n'est que plus tard que l'on pourra songer à compléter le résultat par une transplantation appropriée.

M. Hoffa (de Berlin) opine dans un sens analogue, quant aux cas graves. Mais il a obtenu des suppressions d'appareil orthopédique, à la suite de transplantations qui lui avaient paru indiquées. Il se sert de fils de soie et préfère, pour sa grande solidité, la suture périostique. Ne se servant ni de masque, ni de gants, il n'a jamais eu de suppuration. L'appareil *amovible* imposé aux malades, doit être porté pendant au moins six mois. On utilise pendant ce temps le *massage* et *l'électricité*. L'opinion de M. Vulpius (d'Heidelberg), intéressante en la matière, doit être également citée. Cet auteur n'est pas un partisan aveugle des transplantations. Il veut que l'on fasse un choix des cas, et que l'on attende au moins un an avant d'intervenir. Les tendons artificiels lui semblent rarement nécessaires. Il explique les récidives, que signalait M. Kirmisson, par l'insuffisance de soins post-opératoires. En ce qui concerne la transplantation nerveuse, M. Broca (de Paris) fait observer qu'ayant coupé plusieurs fois le nerf facial, au cours d'opérations mastoïdiennes, il a pu constater que la guérison spontanée était survenue chez la plupart de ses opérés. Dans les pieds-bots paralytiques, il n'a jamais obtenu lui-même, ni vu chez d'autres collègues, de résultat durable.

La discussion se termine par divers rapports tendant à montrer que l'optimisme des chirurgiens allemands n'est pas partagé par la majorité des pédiatres français. Une certaine défaveur semble même s'attacher à la méthode des transplantations nerveuses à la face, car elles exigent des opérations laborieuses alors que l'on peut attendre beaucoup de la restauration fonctionnelle par un processus naturel.

A. Benoît.

Traitement des tuberculoses chirurgicales à l'altitude, par M. Rollier (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 20 septembre 1907). — L'amélioration de l'état général n'est pas de moindre importance dans la thérapeutique de la tuberculose chirurgicale que dans la tuberculose pulmonaire. Si cependant le traitement général a une très grande importance et constitue le plus puissant auxiliaire du traitement local, celui-ci bien dirigé est la meilleure sauvegarde de l'état général.

La guérison résultera d'ailleurs bien plutôt d'une association rationnelle de tous les moyens de défense employés. L'auteur a ainsi utilisé avec succès la tuberculine de Béraneck en injections sous-cutanées dans les tuberculoses externes compliquées de lésions pulmonaires. Les injections modificatrices d'iodoforme, rendent de grands services dans le traitement de certains abcès froids, comme les ventouses de Bier dans le traitement de certaines fistules. L'opération a lieu très rarement. Une tuberculose chirurgicale, dans les conditions d'hygiène voulues, guérira toujours pourvu que le foyer reste fermé, une incision ne faisant que faciliter une nouvelle infection qui se surajoute à la tuberculose. La gravité de la maladie se trouve alors centuplée par l'association microbienne.

Comme traitement local, l'auteur est de plus en plus partisan de l'héliothérapie; on n'a pas encore vu une seule forme de tuberculose fermée, osseuse, articulaire, ganglionnaire ou péritonéale qui n'ait cédé à l'insolation prolongée associée à la cure d'altitude.

La valeur de l'héliothérapie augmente avec l'intensité des rayons chimiques et

cette dernière augmente en raison directe de l'altitude.

L'auteur a constaté que l'augmentation de la force de résistance du malade est généralement proportionnelle au degré de pigmentation de sa peau. Les blonds, pauvres en pigment, sont moins résistants que les bruns. La pigmentation donne à la peau une résistance spéciale, les plaies se cicatrisent plus rapidement. Les affections cutanées microbiennes, acné, les furoncles sont très rares sur les peaux pigmentées.

L'insolation doit se faire avec prudence, par petites séances au début. Il faut éviter un érythème trop violent et la dermite bulleuse qui laisse très souvent des traces de vitiligo.

L. JUMON.

Traitement combiné des tumeurs malignes, par BECK (*Berl. klin. Wochenschrift*, 21 octobre 1907). — L'auteur est un partisan décidé de l'emploi combiné du bistouri et des rayons X chez les malades atteints de tumeurs malignes.

Les règles générales adoptées par l'auteur sont les suivantes : On commence par une extirpation aussi étendue que possible, puis, au bout d'une semaine, on procède tous les deux jours à une application intensive de rayons X jusqu'à ce qu'on obtienne une réaction.

Si le néoplasme est étendu (cancer du sein par exemple), on ne cherchera pas à fermer la plaie et on commencera de suite avec le traitement par les rayons de Rœntgen. Au bout d'une semaine, on suture les bords, puis on recommencera au bout d'une semaine avec les rayons X.

Au début, on se sert d'un diaphragme qu'on supprime ultérieurement.

L'auteur préfère le bistouri au début, même pour les petits épithéliomes susceptibles de guérir par la seule action des rayons X, à moins qu'il ne s'agisse des néoplasmes du voisinage de l'œil. L'obtention d'une réaction caractéristique est indispensable pour la réussite du traitement par les rayons de Rœntgen.

La maladie de Basedow, soumise à ce dernier traitement, donne d'excellents résultats à condition qu'on se serve d'un diaphragme.

E. VOGT.

Castration contre les cancers du sein (*XXe Congrès français de chirurgie*, 1907). — Des communications, avec faits à l'appui de MM. REYNÈS et PSALTOFF, il résulte que l'on ne doit rien attendre de ce mode de traitement dans le cancer mammaire inopérable, simple ou double. Ce que l'on observe, l'atrophie physiologique de l'organe, n'a guère de rapport avec l'effet curatif attendu.

A. BENOÎT.

Traitement des tumeurs malignes par les rayons de Rœntgen (*XXe Congrès français de chirurgie*, 1907). — Le Congrès avait mis à son ordre du jour cette année la thérapeutique des cancers par les rayons X. La discussion a été suffisamment étendue pour éclairer notre religion. On peut regretter seulement qu'un plus grand nombre d'orateurs, parmi les chirurgiens de diverses contrées, n'ait pas pris la parole. Les malades, le plus souvent confiés aux spécialistes, ne sont guère plus revus. Il nous faut donc bien accepter l'opinion qu'ils émettent, tout en constatant que celle-ci se ressent, malgré la grande probité scientifique des rapporteurs, de l'influence professionnelle toujours un peu optimiste. Nous n'en voulons pour preuve que les restrictions apportées à la tribune par quelques praticiens qui inclinent dans un sens nettement défavorable, pour la plupart des cas traités dont ils ont la connaissance et ce, avec une sincérité tout aussi indiscutable. On entendit tout d'abord M. BÉCLÈRE (de Paris) parler longuement de la technique de la radiothérapie, puis des résultats obtenus dans les diverses formes de tumeurs ou d'ulcération maligne. Ces derniers nous intéressent spécialement et peuvent être résumés ainsi : les conditions les plus favorables résident dans la superficialité du cancer, la lenteur de son évolution, l'absence de retentissement ganglionnaire. Et ceci est déjà, il faut en convenir, très surprenant de voir un épithélioma cutané « fondre sous l'action des rayons comme une gomme chez un syphilitique traité ». Moins évidents sont les résultats de leur action sur le cancer fermé et les tumeurs profondes. Le doute persiste ; mais selon le rapporteur, les bienfaits de l'action des radiations sont assez prouvés au point de vue de la sédation des douleurs, de l'arrêt de l'évolution et du relèvement de l'état général, pour qu'on soit autorisé à traiter ces cancers partout où l'exérèse chirurgicale est contre-indiquée. Il faut employer dans ce but des ampoules dures, *à grande distance* de la peau, en at-

taquant la tumeur par plusieurs côtés et filtrant les rayons pour éviter la dermite. La *radiothérapie* ne peut être conseillée avant tout autre moyen de traitement, que dans les épithéliomas cutanés et les sarcomes, dont la tendance à la généralisation est peu prononcée, car les expériences démontrent qu'ils sont ultra-sensibles aux rayons de Rœntgen. Après les opérations, la méthode doit être employée pour prévenir la récidive et compléter la destruction. (?) Dans les tumeurs inopérables, elle n'est qu'un utile palliatif.

A cet exposé, M. Maunoury (de Chartres) co-rapporteur, ajoute la relation de faits personnels, où les données précédentes sont confirmées. Il lui paraît que la méthode de Béclère, à séances éloignées et à doses massives, soit préférable. La radiodermite peut être évitée le plus souvent avec des précautions. Il n'en est pas de même de la *toxémie* que l'on observe quelquefois chez les malades en traitement. La cause de cette complication n'est autre que la résorption trop rapide des éléments cancéreux détruits par les rayons. Un dosage approprié s'impose d'ailleurs dans tous les cas. L'orateur, pour sa part, s'est bien trouvé d'*associer l'action des rayons à l'ablation chirurgicale.* Avant de refermer une plaie chirurgicale, il soumet le champ opératoire à l'action des rayons. Dans le cas où l'ablation fut incomplète, il n'hésite pas à laisser la plaie ouverte, pour permettre une application plus directe des rayons sur les tissus malades. Disons de suite que cette proposition a été battue en brèche par nombre de chirurgiens qui estiment que le bénéfice problématique de cette manière d'agir demeure inférieur aux risques qu'on fait courir aux opérés, en attendant la réunion par seconde intention.

M. Destot (de Lyon) atteste plusieurs guérisons de *lymphadénome*, les rayons manifestant une véritable action élective pour les organes lymphatiques.

M. Tuffier (de Paris) n'a jamais vu un cas de guérison de cancer des muqueuses. Il ne nie pas l'effet sédatif. On ne peut cependant méconnaître les cas favorables de MM. Bisserié, Sabouraud et Haret, cités dans le rapport de M. Béclère. Il s'agissait d'*épithéliomas de la langue*, traités d'une manière très précoce. M. Béclère lui-même a vu disparaître une tumeur épithéliomateuse de l'amygdale regardée comme inopérable. (Est-il pourtant tumeur maligne gagnant plus rapidement les parties profondes? Ce fait mérite confirmation, quant au diagnostic.) MM. Témoin (de Bourges), Doyen (de Paris), Péraire (de Paris) nient toute action thérapeutique efficace, sauf pour le cancer de la peau. La plupart ont noté une *aggravation* rapide des tumeurs ainsi traitées dans la profondeur. Plus décevante encore serait l'opinion de M. Lardennois (de Reims), si elle trouvait de nouveaux faits pour la justifier : l'orateur a observé deux faits d'aggravation de petits épithéliomes de la face, à la suite du traitement par les rayons X. Dans l'un des cas, l'ablation permit d'obtenir la guérison; dans le second, le traitement radiothérapique ayant été trop longtemps prolongé, le malade devint inopérable. Ces faits restant isolés, peut-être pourrait-on les mettre sur le compte de fautes de technique, l'*ulcus de Rœntgen* venant se superposer à l'ulcération cancéreuse, ou permettant à de nouvelles lésions de naître et de se développer.

A. Benoît.

Traitement des hémorroïdes par les courants de haute fréquence, par Léon Imbert (*Marseille médical*, 1er octobre 1907). L'auteur cite deux observations dans lesquelles les courants de haute fréquence eurent raison des poussées hémorroïdaires accompagnées d'hémorragies qui affaiblissaient les malades. Comme il s'agissait de sujets âgés dont l'un avait quatre-vingts ans, il y avait lieu de craindre les conséquences d'une opération et c'est la raison qui poussa l'auteur à employer le moyen thérapeutique indiqué. Dès la première séance l'écoulement de sang s'arrêta pour ne plus reparaître. Une seule application a suffi pour obtenir ce résultat. Les courants de haute fréquence ont dans ces cas une action décongestionnante et analgésique remarquable. Les douleurs diminuent et la contracture du sphincter cesse.

L. Jumon.

Ablation d'une tumeur solide du mésentère; guérison (*XXe Congrès français de chirurgie* 1907). — M. Monprofit a eu l'occasion d'enlever une tumeur qui se présentait avec les apparences d'un kyste de l'ovaire. Or, il s'agissait d'une grosse tumeur incluse dans le mésentère. L'énucléation semblait dangereuse; il prit le parti de faire la résection totale, avec l'anse intestinale qui lui était adhérente. Un segment d'intestin de 2 mètres fut ainsi enlevé. Les suites furent bénignes néanmoins. L'intes-

tin enlevé appartenait à la dernière partie de l'iléon, il est vrai. M. Cornil pratiqua l'examen histologique et reconnut un myxome type.

A. Benoît.

Extirpation de la saphène interne dans l'ulcère variqueux et ses complications, par Viannay (*Loire médicale*, 15 octobre 1907). — L'auteur relate trois cas d'extirpation totale de la saphène interne pour des ulcères variqueux. Dans un cas il existait un paquet veineux thrombosé et la phlébite avait pris une marche active, remontant jusqu'à 2 centimètres de l'embouchure de la saphène dans la veine crurale. Dans les trois cas, les suites opératoires furent des plus simples et les lésions ulcéreuses se cicatrisèrent rapidement.

L'auteur préfère cette extirpation à l'incision circonférentielle de la jambe, parce que dans le dernier cas le canal de la saphène se reconstitue, soit par la dilatation d'une voie collatérale, soit par le développement de veines néoformées dans la cicatrice même des interventions palliatives. L'étude de la circulation superficielle du membre inférieur montre qu'en raison de la richesse du réseau veineux sous-cutané et de la multiplicité des voies collatérales de la saphène interne, aucune intervention partielle ne peut établir un barrage durable sur le grand courant veineux superficiel du membre inférieur.

L. Jumon.

Traitement du cancer par la fulguration associée à l'ablation chirurgicale ou au curettage (*XXe Congrès français de chirurgie*, 1907). — M. Pozzi (de Paris) a étudié dans son service les effets de la fulguration dans le traitement du cancer, par la méthode de M. de Keating-Hart. Il s'agit aussi d'un processus destructeur, mais immédiat. Entre autres cas de guérison, la méthode, associée à l'exérèse, aurait donné des résultats parfaits dans le cancer du sein, même à l'état avancé. Sur les lésions muqueuses l'effet serait moins décisif par la fulguration associée au curettage. En résumé, M. Pozzi y voit un progrès sur la radiothérapie, en ce que les indications peuvent être davantage étendues.

On ne peut s'empêcher d'observer qu'il est bien difficile de faire la part de l'action électrique, là où l'exérèse a été complète, ainsi qu'elle doit l'être. De plus, la méthode étant toute récente, les malades dont parle l'orateur n'ont pu être suivis assez longtemps. M. Doyen nous apprend toutefois que ce procédé fut employé dès 1897 contre le lupus et, depuis 1900, par M. Rivière. M. de Keating-Hart (de Marseille) déclare que l'idée d'appliquer au traitement du cancer les étincelles de haute fréquence a été émise par M. Rivière. Il réclame pour sa part l'idée d'avoir *associé cette méthode à l'exérèse chirurgicale ou au curettage*. Il est allé jusqu'à endormir les malades pour pouvoir leur permettre de supporter les étincelles fulgurantes. M. Reynès (de Marseille) a suivi suffisamment de cas ainsi traités (cancer de l'utérus et cancer de la langue) pour pouvoir émettre des doutes sur l'efficacité du traitement, qui n'a pas empêché l'issue fatale chez une de ses malades.

Les travaux du Congrès auront eu le mérite d'appeler l'attention sur ce nouveau traitement qui devrait être expérimenté sans retard, surtout en ce qui concerne les effets isolés de la fulguration, séparée de l'action chirurgicale, celle-ci devant, semble-t-il alors, se borner à débarrasser l'économie de tissus mortifiés par le courant électrique.

A. Benoît.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr Pierre Sée,

Lauréat de la Faculté.

Le lavage de l'estomac, par Ch. Mirallié (*Gazette médicale de Nantes*, 12 octobre 1907). — Après l'exagération avec laquelle on a appliqué le lavage de l'estomac dans le traitement des affections gastriques on est revenu à une meilleure entente de ce procédé et on en a tracé plus exactement les indications et les contre-indications.

Pour l'auteur le lavage de l'estomac ne comprend plus qu'une indication bien nette : l'impossibilité pour l'estomac d'évacuer normalement son contenu et la présence de stase gastrique le matin à jeun. Cette stase se produit toutes les fois qu'il existe soit au pylore, soit en aval sur le duodénum, un obstacle fonctionnel ou organique au passage du chyme : spasme du pylore consécutif ou non à un ulcère, rétrécissement du pylore par un carcinome, une bride fibreuse, une tumeur extra-gastrique.

Le lavage d'estomac est ainsi indiqué dans les cas très rares d'atonie gastrique.

En dehors de la dyspepsie, il trouve une indication formelle dans les intoxications aiguës, dans l'urémie.

On renoncera au lavage toutes les fois qu'il y a exagération de la motricité et de la sécrétion, dans l'hypersthénie gastrique et dans l'entérite muco-membraneuse. Les hémorragies abondantes sont une contre-indication absolue. Les hémorragies néoplasiques peuvent se trouver améliorées par un lavage au perchlorure de fer ou au chlorure de calcium à 4/1000.

Le lavage doit être toujours rare. Il faut rejeter le lavage quotidien. Robin conseille de n'y recourir qu'exceptionnellement et seulement comme médication symptomatique et transitoire. Le lavage ne vaut rien en tant que traitement systématique.

Le matin, à jeun, est le moment le plus propice pour le lavage.

Il faut éviter de faire passer de grandes quantités de liquide dans l'estomac. Le liquide doit-être introduit à la température voisine de celle du corps.

L. Jumon.

Traitement de la sigmoïdite, par Lochart Mummery (*Brit. med. J.*, 5 oct. 1907). — Dans les états inflammatoires le repos au lit est essentiel, dès le début du traitement. Le régime liquide, habituellement prescrit dans ces cas, est une grande erreur. Le lait favorise le développement excessif des bactéries qui existent toujours et ne conviennent pas dans cette affection. Pour prévenir toute irritation de l'intestin enflammé, il faut ajouter au régime une quantité suffisante de beurre ou de crème pour avoir des selles molles. Quelques malades ne peuvent pas prendre une quantité suffisante de corps gras sans tomber dans un état bilieux; l'auteur recommande dans ces cas le pétrole ou la vaseline à l'intérieur à la place des corps gras ordinaires.

Le traitement local consiste en irrigations dans la partie malade de l'intestin. Ces irrigations doivent être pratiquées, le malade étant dans le décubitus latéral : on fait alors couler lentement le liquide. Puis le malade reste pendant quelques minutes dans la position genu-pectorale. Dans cette position l'anse sigmoïde tend à s'allonger et le liquide remplit l'intestin. On commencera par un liquide non irritant composé de 4 grammes de bicarbonate de soude pour un demi-litre d'eau additionné de thymol et de glycérine ou d'eau oxygénée. Plus tard on aura recours à l'argyrol, 0,5 p. 100, ou au permanganate de potasse à 1/2000.

Chaque irrigation doit être d'un litre.

Toute ulcération qui ne paraît pas guérir rapidement doit être l'objet d'un traitement local sous le contrôle de l'instrument.

Lorsque la sigmoïdite a guéri, on peut arrêter les irrigations, mais le régime doit être surveillé pendant longtemps de manière à obtenir des selles régulières sans l'usage de laxatifs. Le massage abdominal et les exercices sont très utiles; on peut encore recourir aux bains électriques. Dans quelques cas où il s'est produit des hémorragies abondantes, l'auteur a obtenu de bons résultats avec de grandes injections d'huile d'olive. Celle-ci semble agir comme un pansement protecteur sur l'ulcération qui guérit plus vite.

L'opération immédiate est indiquée si l'on découvre une tumeur maligne, à condition que celle-ci ne soit pas trop avancée.

L'appendicostomie peut être indiquée, mais son avantage consiste seulement à permettre des irrigations plus efficaces.

Mais il faut avant tout traiter la sigmoïdite comme un symptôme, et en rechercher la lésion causale pour la traiter.

L. Jumon.

Traitement de la constipation par la suppression de la viande, par Kohnstamm (*Zeitschr. f. phys. u. diät. Therap.*, 3 août 1907). L'auteur a obtenu d'excellents résultats dans tous les genres de constipation en prescrivant le régime suivant; 7 heures matin, potage au gruau d'avoine (Kussmaul-Fleiner). 9 heures, 250 grammes de cacao avec pain beurré et miel; 11 heures, 250 grammes cacao avec fruits ou un œuf ou pain beurré; 1 heure soir, bouillon, salade et pommes de terre, légumes avec œuf, compote, pudding, 250 grammes de lait, 50 grammes de beurre; 4 heures soir, 250 grammes cacao, pain, beurre et fruits. 7 heures et demie soir, salade et œufs, compote, soufflé, 250 grammes de lait, 50 grammes de beurre.

L'ingestion de beurre en quantité prescrite est indispensable pour la réussite de la cure.

E. Vogt.

Fonctions du foie, leur pathologie et traitement, par H. Richardson (*Med. Re-*

cord, 21 septembre 1907). — L'auteur envisage ici surtout la fonction antitoxique du foie. Lorsque cette fonction est compromise, il peut se produire une auto-intoxication par les poisons qui ne sont pas détruits dans le foie. Dans les cas aigus d'auto-intoxication il faudra nettoyer les voies digestives par le calomel et le sulfate de magnésie. Mais dans le cas de neurasthénie, de prostration nerveuse, de dyspepsie nerveuse, etc., il faut instituer un traitement diététique et médicinal. La sécrétion biliaire réclame une attention particulière. Les soi-disant cholagogues de la pharmacopée n'augmentent pas la formation de la bile, les véritables cholagogues sont les sels biliaires. Mais l'usage des sels biliaires est mal supporté par l'estomac. Par contre, on les a utilisés en solutions isotoniques administrées en injections intestinales. Ces injections auraient pour effet d'oxyder et d'entraîner les produits ultimes du métabolisme du foie et des autres organes.

La stimulation de la fonction biliaire est encore indiquée dans certains syndromes sur lesquels Gilbert et Lereboullet ont appelé l'attention et qui se traduisent par des épistaxis, du purpura, des hématémèses et la présence de traces de bilirubine dans le plasma.

Le régime dans les maladies du foie, surtout dans l'auto-intoxication, est d'une grande importance. La quantité des aliments doit être faible, les aliments doivent être d'une digestibilité facile, répondre au goût du malade; ils ne doivent pas contenir de substances toxiques ou capables d'en produire pendant leurs transformations; enfin ils doivent constituer un milieu défavorable pour les bactéries.

Le jeûne est un repos pour les fonctions du foie. On doit alors réduire la quantité des aliments au minimum compatible avec les besoins physiologiques. On évitera les bouillons contenant des matières extractives. Les hydrates de carbone doivent constituer le principal élément de l'alimentation.

S'il faut agir contre les fermentations intestinales, on aura recours de préférence à l'aristol, mieux encore à la levure de bière et au bacille de l'acide lactique, qui est un puissant antiseptique pour l'intestin.

L. JUMON.

Appareil pulmonaire.

Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

L'administration des albuminoïdes dans la tuberculose, par HEYDE KRALL (*Med. Record*, 21 septembre 1907). — On admet généralement que l'organisme exige plus de substances protéiques dans une maladie consomptive, comme la tuberculose, que dans l'état de santé. Ceci peut être vrai, mais en même temps on ne tient pas compte de ce fait qu'un individu normal, menant une vie active, exige une plus grande quantité d'albuminoïdes qu'un sujet tuberculeux. Il est probable qu'une proportion relativement petite d'albuminoïdes est réellement utilisée pour la réparation des tissus et que le reste se transforme en énergie et en chaleur, qui peuvent être plus facilement obtenues par les graisses et les hydrates de carbone plus oxydables.

Les substances protéiques ne s'emmagasinent pas dans l'organisme, et lorsqu'elles sont consommées en excès, les produits de leur destruction envahissent la circulation et doivent s'éliminer par les reins.

Certains auteurs ont accordé à l'acide urique une action antagoniste à l'égard de la tuberculose, mais la rareté de la tuberculose dans l'uricémie est purement accidentelle, les deux affections se développant à des âges différents.

Aussi l'auteur considère-t-il comme irrationnel de faire prendre à un tuberculeux une somme excessive d'aliments albuminoïdes. C'est imposer à l'organisme un travail qui ne peut que l'affaiblir. Il n'est pas douteux que le régime surabondant finisse par produire des lésions rénales, de l'insuffisance cardiaque, une toxémie et d'autres états morbides, alors que l'existence aurait pu être prolongée par un régime plus rationnel.

L. JUMON.

Traitement de la tuberculose dans les établissements hospitaliers, par HOPPE-SEYLER (*Vierteljahrsschr. f. œff. Ges. — Pflege*, 3e fasc. 1907). — Cette publication donne les résultats obtenus dans le pavillon des tuberculeux de l'hôpital de Kiel, où sont reçus même les cas les plus graves : l'installation est irréprochable au point de vue de l'éclairage, de l'aération, des bains, etc.

Sur 262 malades non-guérissables, traités en trois ans, il y eut 53,4 p. 100 d'améliorations; ce résultat montre que, dans les conditions pathologiques les plus défavorables, on peut encore arriver à adoucir le sort de ces malades, tout en mettant à l'abri de la contagion leur entourage.

E. Vogt.

Perfectionnements techniques en chirurgie pleuro-pulmonaire (*XXe Congrès français de chirurgie*, 1907). — M. Tuffier annonce qu'il se sert systématiquement de l'endoscope pour examiner l'état de la séreuse, en opérant les empyèmes et, plus tard, il emploie ce moyen pour se rendre compte des obstacles à l'expansion pulmonaire. Contre le défaut d'expansion, il conseille l'emploi d'une large ventouse appliquée chaque jour sur la brèche thoracique. M. J. Reverdin donne la préférence à un système de siphonage imaginé par M. Revilliod. En effet, les malades circulent avec leur appareil, dans lequel une poire permet de faire le vide.

A. Benoit.

Traitement chirurgical des kystes du poumon (*XXe Congrès français de chirurgie*). M. Vautrin (de Nancy) relate un cas de kyste du poumon qui fut révélé par l'examen radiographique, alors qu'on avait cru à une tuberculose pulmonaire. Ce kyste put être très facilement extirpé par voie transpleurale, après résection de trois côtes. Le pneumothorax se forme librement, mais lentement, si l'on prend la précaution de faire une ouverture minime. Ensuite, le poumon est fixé à la plèvre pariétale et le contenu du kyste peut être abordé par une incision directe, vidé et drainé. La guérison se fait en quatre à cinq semaines. On peut remarquer que les cas semblables sont sans contredit les plus favorables.

A. Benoît.

Quelques points du traitement des maladies du cœur, par John Hay (*The Practitioner*, octobre 1907). — L'auteur se propose ici de discuter l'action de la digitale sur certaines fonctions du myocarde. C'est surtout comme tonique de ce muscle que la digitale agit et peut atténuer les insuffisances d'orifices résultant de l'allongement de certains faisceaux musculaires et de la dilatation du cœur. Qu'il y ait ou non lésion valvulaire, la digitale se trouve indiquée dès qu'il y a diminution de tonicité des fibres cardiaques. L'effet du médicament est encore de rendre la systole plus effective et de diminuer la dilatation diastolique. Les ventricules se vident mieux.

Dans la sténose mitrale il y a un premier stade dans lequel la lésion est compensée et le pouls régulier. Dans le second il y a rupture de la compensation et irrégularités du pouls, mais ces irrégularités ne dépendent pas de la décompensation car elles peuvent persister avec le rétablissement de la compensation. Dans le second stade les malades sont plus sensibles à l'action ralentissante de la digitale, tandis que dans le premier la digitale peut n'avoir aucune action sur l'accélération du pouls. A ce point de vue le repos et les bromures sont préférables. La digitale n'en doit pas moins être prescrite dans le premier stade s'il survient des signes qui indiquent que la tonicité est diminuée. Elle peut alors faire disparaître des troubles pénibles et la dyspnée, quelle que soit son action sur la fréquence du pouls.

Dans ces cas l'examen de la pression sanguine peut donner d'utiles renseignements sur la force du cœur et sur l'indication de la digitale. Celle-ci aggravera, par exemple, la dyspnée et d'autres symptômes, si la pression est élevée. Le meilleur traitement consistera alors à donner du calomel, des purgatifs salins, à cesser toute alimentation à part un peu de pain, du beurre et du thé. On peut donner du strophantus ou du citrate de caféine qui n'amènent pas la contraction des artérioles.

Lorsque la digitale est indiquée il ne faut pas la donner à trop faibles doses, mais jusqu'à ce que se montrent les actions physiologiques. Si le cas est urgent, l'auteur conseille de commencer par XV gouttes de teinture de strophantus toutes les deux heures durant quelques heures, puis de continuer avec la digitale et la scille.

La morphine est utile pour combattre la dyspnée, elle sera associée à la digitale si la pression est basse, aux vaso-dilatateurs si la pression est élevée.

Dans ce dernier cas on aura recours aux purgatifs salins et aux pilules bleues pour exercer une action déplétive sur les vaisseaux de l'aire splanchnique.

L. Jumon.

Action tonique de l'extrait de capsule surrénale en cas de collapsus cardiaque, par KOTHE (*Zentrabl. f. Chir.*, n° 33, 1907). — Dans deux cas de collapsus grave, suite d'anesthésie lombaire, aucun des procédés usuels n'ayant pu rappeler les malades à la vie, des injections d'une préparation d'extrait de capsule surrénale (épirénane) ranimèrent, en dix secondes, les fonctions cardiaques. Dans un cas, l'effet fut même tel que les pulsations carotidiennes devinrent visibles.

L'injection intra-veineuse d'un demi à un milligramme de cette substance, doit en conséquence être considérée comme une médication capable de sauver la vie dans certains cas. De nouvelles recherches dans ce sens paraissent indiquées.

E. VOGT.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chef de clinique de la Faculté de médecine.

L'hydrothérapie et l'électricité dans le traitement de la neurasthénie, par KERR PRINGLE (*The Edinb. med. J.*, octobre 1907). — L'auteur préconise d'abord le traitement hydrothérapique dans certaines formes de neurasthénie qui échappent à l'action du traitement de Weir-Mitchell. Trois groupes de neurasthéniques se trouvent bien du traitement hydrothérapique. Ceux qui dépendent d'un état toxique, ceux qui surviennent à la suite de surmenage, enfin d'un shock mental ou physique.

Le premier groupe fournit le contingent le plus nombreux. Ici les troubles digestifs sont fréquents, surtout les troubles intestinaux, contre lesquels on emploie les douches ascendantes, surtout avec l'eau de Plombières.

Dans le second groupe on prescrira les eaux toniques, les eaux ferrugineuses faibles ou les bains carbo-gazeux, si les eaux ferrugineuses déterminent des palpitations.

Dans le troisième groupe le traitement thermal doit d'abord être sédatif, ce n'est que plus tard qu'on peut recourir à un traitement plus stimulant et à la douche-massage.

L'électricité de haute fréquence et l'électricité statique conviendront particulièrement, d'après les observations de l'auteur, dans une variété de cas où domine un symptôme local, tel qu'une névralgie grave, une névrite, une paralysie ou une aire d'hyperesthésie ou d'anesthésie.

L'insomnie est un des symptômes les plus difficiles à combattre, et ici on doit tenir seulement compte des conditions individuelles. Le plus souvent il faudra imposer au malade un travail intellectuel, de manière à détourner son attention de certaines appréhensions, de certaines phobies.

L. JUMON.

Les névralgies neurasthéniques, leur traitement, par H. HALLOCK (*New-Yorck med. J.*, 7 septembre 1907). — Cette expression embrasse une classe d'affections périphériques douloureuses survenant dans la neurasthénie ou des états analogues. Anatomiquement, on a constaté des névralgies du trijumeau, cervico-occipitales, cervico-brachiales, brachiales, intercostales, y compris la mastodynie, les névralgies du plexus lombaire, du plexus sacré, la coccygodynie, l'achillodynie, la tarsalgie. Cliniquement, ces affections se placent entre des paresthésies plus ou moins définies et des états pathologiques résultant de névrites.

Dans ces affections, le repos est essentiel. On améliorera la nutrition des parties atteintes par le massage, l'électricité, les douches, l'air chaud sec, etc. Les exercices actifs seront permis peu à peu.

Le traitement médical donne des résultats peu satisfaisants. La morphine a une action nettement aggravante sur cette classe de névralgies. Les meilleures analgésiques sont l'antipyrine, l'acétophénétidine, le gelsémium et les salicylates. Dans les paroxysmes faibles, une petite dose de bromure peut suffire à calmer la douleur. Il est utile que le malade fasse quelque chose pendant les accès. On pourra ainsi prescrire un bain de pieds chaud, des frictions avec une pommade mentholée, avec des liniments calmants.

L. JUMON.

Résultats définitifs du traitement chirurgical de la névralgie faciale grave (*XXe Congrès français de chirurgie*). — M. DOLLINGER (de Budapest) est en mesure de juger les résultats définitifs sur 14 malades, auxquels il fit la résection des branches du trijumeau. Les récidives et la rareté des améliorations lui ont fait abandonner cette intervention pour l'*extirpation du ganglion de Gasser*. Sur 22 opérés, 15

ont été examinés de nouveau. Une seule femme est morte de complication cérébrale huit jours après l'intervention. Tous, ou peu s'en faut, présentent une anesthésie complète du côté opéré. La sensibilité muqueuse du même côté est affaiblie ou même abolie jusqu'aux confins du territoire lingual intéressé. L'auteur dit qu'il n'a noté aucun trouble trophique. Il semble malheureusement qu'il n'en est pas absolument ainsi puisque ces malades n'ont guéri qu'au prix de troubles divers qui appartiennent à cette catégorie : atrophie des muscles masticateurs, éruptions d'acné, kératite, exophtalmie avec rétrécissement de la fente palpébrale, larmoiement et catarrhe nasal.

M. Vidal (d'Arras) fait remarquer que les résections ont pour effet d'arrêter la conduction douloureuse à la périphérie, mais demeurent sans action sur la continuation du processus pathologique en remontant vers la protubérance. Aussi doit-on associer à ces résections celle des ganglions du sympathique cervical, ainsi que deux observations personnelles le lui ont démontré.

A. Benoît.

Valeur thérapeutique de la ponction lombaire, par Farquhar Bizzard (*The. Brit. med. J.*, 21 sept. 1907). — La ponction lombaire a rendu de très grands services en thérapeutique, mais on a besoin d'autres observations pour être fixé sur sa valeur comme moyen thérapeutique. Comme méthode de décompression dans le cas de tumeurs intra-craniennes, l'issue du liquide cérébro-spinal n'a pas donné de résultats satisfaisants et ne peut être comparée à la trépanation, en raison de ses effets très temporaires.

Un moment, on a cru que la ponction lombaire donnerait de bons résultats dans l'hydrocéphalie, mais dans la plupart des cas ces résultats sont de courte durée. La nécessité de répéter l'opération à de fréquents intervalles doit forcément l'empêcher de se généraliser. Dans la forme aiguë de méningite chez les enfants, l'auteur a constaté comme tout le monde de bons effets à la suite de la soustraction de liquide cérébro-spinal, mais il n'a pas observé d'amélioration persistante dans les formes tuberculeuses. Les cas de méningite postbasales ont été améliorés à la suite de la ponction lombaire, mais on savait que leur pronostic est favorable avant l'emploi de ce procédé thérapeutique.

Bizzard pense que la ponction lombaire est justifiée et nettement indiquée dans la méningite aiguë. Il pense aussi que son emploi est avantageux dans l'urémie et, en rappelant les observations de Carrière entre autres, il considère comme probable que les bons effets de la ponction sont dus à la fois à l'abaissement de la pression du liquide et à la soustraction des produits toxiques contenus dans ce liquide.

Beaucoup d'autres cas dans lesquels les auteurs attribuent de bons résultats à la ponction lombaire demandent à être étudiés à nouveau et sont dignes qu'on s'y arrête, afin de fixer plus exactement la valeur thérapeutique du procédé.

L. Jumon.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

Sur l'emploi de la staphylase et du sérum antistaphylococcique en oto-rhino-laryngologie, par Roure (de Valence) (*Revue critique de méd. et de chirurgie*, septembre 1907). — L'auteur relate plusieurs observations où la staphylase lui a donné de bons résultats.

Un malade atteint d'angine catarrhale aiguë depuis dix jours, malgré les gargarismes au phénosalyl et les fumigations de coca, prend 6 cuillerées à soupe par jour de staphylase; dès le lendemain les symptômes douloureux sont calmés et quarante-huit heures après il n'existait plus la moindre douleur.

Un malade de trente-cinq ans atteint d'otorrhée depuis son enfance présente depuis quelques jours des vertiges, des vomissements et une douleur à la pression de la mastoïde. L'auteur lui prescrit de la staphylase à la dose de 6 cuillerées à soupe; ce traitement, continué pendant deux semaines et sans autre médication fait disparaître tous ces symptômes; cet état se maintient depuis trois ans.

L'enfant du précédent malade, âgé de six ans, est aussi atteint d'otorrhée; à la suite d'une grippe il présente les symptômes suivants : frissons, fièvre à 40°, somnolence, nausées, douleur vive dans l'oreille et mastoïde très douloureuse à la moindre

pression. En quarante-huit heures, la staphylase à la dose de 6 cuillerées à bouche fait cesser tous les symptômes de mastoïdite; la guérison se maintient depuis dix-huit mois.

Une jeune fille de seize ans, atteinte d'otorrhée, est prise, plusieurs fois chaque hiver de symptômes manifestes de mastoïdite. Avec 8 cuillerées à bouche de staphylase, les symptômes disparaissent en quarante-huit heures.

Une autre malade atteinte de mastoïdite, est guérie par la staphylase et des instillations de glycérine phéniquée dans l'oreille.

Un malade est atteint, depuis quelques mois, d'un écoulement très fétide de la narine droite; le liquide, est un pus liquide mal lié, grisâtre et si fétide qu'il infecte l'appartement où il tombe et qu'il réveille le malade la nuit.

Ce pus de sinusite maxillaire ne contient que du staphylocoque pur.

L'auteur prescrit 4 injections hypodermiques de 5 centimètres cubes de sérum antistaphylococcique, espacées de trois en trois jours. La première injection est suivie d'une vive réaction locale et d'un malaise général pendant plusieurs heures.

Les autres injections ont provoqué une réaction bien moindre. Dès la première injection l'écoulement et l'odeur ont disparu; la guérison se maintient depuis dix mois. Depuis cette première injection le malade trouve le vin, le café, le tabac mauvais, tandis que le thé a conservé ses qualités gustatives.

A. Courtade.

Remarques importantes sur l'otite moyenne purulente chronique, par Makiewicz (*La Normandie médicale*, juillet 1907). — L'auteur attire l'attention des praticiens sur la longue durée des otites moyennes purulentes, sur la négligence excessive des malades à se soigner et sur l'efficacité d'un traitement rationnel.

Sur 108 malades, 51 sont venus se consulter alors que leur affection datait de dix ans ou plus; chez 5 malades seulement l'otorrhée ne datait que de deux à dix mois. En résumé, 80 sur 100 malades n'ont pris les conseils de l'auriste qu'après cinq ans au moins de maladie; or, on sait que la précocité des soins est capitale dans la guérison de l'otorrhée.

L'auteur, bien qu'ayant attiré l'attention du malade sur le danger d'une suppuration de l'oreille moyenne, a vu 24 malades sur 81 qui ont cessé de le consulter avant qu'il y ait eu amélioration ou même après la première consultation.

Sur les 52 malades restant, il en est 4 d'incurables, parce qu'ils ont refusé l'ablation des osselets ou l'évidement de la mastoïde; 18 sont améliorés et 30 sont guéris.

Cette indifférence à se soigner s'explique par la bénignité apparente de l'affection quand il n'y a pas de complications.

Par traitement rationnel de l'otite moyenne purulente chronique, il faut entendre seulement un traitement fait sous le contrôle de la vue, après un diagnostic exact des diverses lésions de l'oreille moyenne et des complications de voisinage.

Ce traitement consiste : 1° en une désinfection convenable de la caisse du tympan; 2° en un bon drainage; 3° dans les moyens propres à combattre les diverses complications.

Le résultat doit être la régénération de la muqueuse ou sa transformation en tissu cicatriciel.

Chez les 35 malades guéris, la muqueuse ne présentait plus trace d'humidité depuis au moins trois semaines.

Le nettoyage du conduit auditif ou de la caisse se fait avec des tampons de coton sec et quelquefois avec de l'eau oxygénée pure ou diluée; après avoir séché la région, on instille VIII à X gouttes de glycérine phéniquée au 1/10e et on introduit une mèche de gaze stérilisée jusqu'à la perforation du tympan; au-dessus on ferme l'oreille avec un tampon d'ouate. Le malade change, s'il est besoin, ce dernier, mais ne retire pas la mèche de gaze; et il instille de la glycérine phéniquée au 1/20e si le pus est abondant.

En deux ou trois semaines, dans les cas simples, l'otorrhée est guérie.

Si au lieu de voir le médecin tous les trois ou quatre jours, le malade ne peut consulter que toutes les semaines, la technique est la suivante :

Si le pus est abondant, bains d'oreilles avec de l'eau oxygénée, séchage du conduit et instillations de glycérine phéniquée au 1/20e et tampon d'ouate; si l'écoulement est peu abondant, pas de bains ni de lavages de l'oreille, mais instillation de glycérine phéniquée plus ou moins fréquemment, suivant les cas.

A. Courtade.

Traitement des bourdonnements d'oreilles, par S. Yonge (*Medical Review*, oct. 1907).

— On peut d'abord essayer de réduire la pression intra-labyrinthique par des insufflations dans l'oreille moyenne, auxquelles on peut adjoindre la raréfaction dans le conduit auditif externe à l'aide du raréfacteur de Deletanche. Il est impossible de prévoir dans un cas donné l'effet de l'insufflation ou de la raréfaction. Le traitement sera continué ou interrompu suivant les effets obtenus. Si l'insufflation ne diminue pas les bruits, Politzer recommande l'injection de solutions médicamenteuses dans l'oreille moyenne à travers la trompe d'Eustache. L'auteur a constaté que l'injection de quelques gouttes de vaseline liquide chaude stérilisée diminue quelquefois les bourdonnements. Les solutions recommandées par Politzer sont le chlorhydrate d'atropine, VI à VIII gouttes d'une solution à 1 p. 100 ou du bicarbonate de soude (VIII à X gouttes d'une solution à 0,5 p. 100). On peut essayer l'insufflation de vapeurs d'éther acétique, sulfurique, d'iodure d'éthyle ou de chloroforme.

Dans les cas récents, une contre-irritation derrière l'oreille peut être utile. On a recommandé aussi de badigeonner le méat lorsqu'il est sec avec une solution glycérinée.

Le bromure de potassium est probablement le médicament qui à l'intérieur rend le plus de services. Il est spécialement indiqué lorsque les bruits sont intenses et empêchent le sommeil. L'iodure de potassium est recommandé dans l'otosclérose ou dans les cas de syphilis.

La strychnine est utile dans les lésions catarrhales adhésives.

La thiosinamine a été recommandée récemment par Mac Cullagh. On connaît son action assouplissante sur le tissu conjonctif de nouvelle formation. Il est nécessaire de combiner son emploi avec un traitement mécanique local tel que l'insufflation ou la raréfaction. La dose est de 5 à 20 centigrammes trois fois par jour. L'électricité semble rarement efficace.

Les bruits rythmiques, associés ou non à des lésions cardiaques sont souvent amendés par la digitale ou le strophantus et dans quelques cas par l'acide bromhydrique. La pression des artères vertébrales fait aussi diminuer les bruits pulsatiles. Un malade était soulagé en portant des cols hauts et serrés.

Dans les cas de bourdonnements entotiques, Lermoyez a recommandé le régime déchloruré parce qu'il pense que le sel provoque le spasme musculaire.

Un changement d'air exerce parfois une influence favorable et dans ce cas on peut essayer des bains iodurés.

Le séjour dans une altitude élevée peut produire une amélioration marquée. Le malade doit enfin éviter tout ce qui peut aggraver sa situation ; sa vie doit être régulière, il doit éviter le surmenage et restreindre l'usage de l'alcool et du tabac.

L'auteur relate encore les opérations diverses qui ont été pratiquées pour supprimer les bourdonnements trop pénibles : opération de la mastoïde, ablation d'une partie du limaçon, de la paroi externe du vestibule, du canal demi circulaire externe, section du nerf auditif.

L. Jumon.

De l'extraction des corps étrangers du conduit auditif externe, par Vaillancourt (*Bull. méd. de Québec*, août 1907). — Les corps inanimés sont les plus fréquents ; ils sont très variables de nature, de forme et de dimensions.

En présence d'un malade qui accuse un corps étranger dans l'oreille, il faut tout d'abord constater sa présence et sa position. Si l'adulte, même timoré, se laisse examiner pour établir le diagnostic, il n'en est pas de même de l'enfant chez lequel les raisonnements n'ont aucune prise ; le mieux est de l'endormir au bromure d'éthyle ou encore plus simplement de le faire maintenir solidement en bonne position.

Le corps étranger reconnu, il faut l'extraire. On doit d'abord essayer les injections, avec une forte seringue, d'eau bouillie tiède ; le plus souvent ce moyen réussit. S'il s'agit d'un haricot susceptible de gonfler par imbibition, si l'injection échoue une première fois, on instille quelques gouttes d'alcool absolu, et on recommence deux ou trois jours après.

Si le résultat est encore nul envoyer le malade chez un auriste.

Les corps vivants qui s'introduisent dans l'oreille, moucherons, puces, etc., sont tués par les instillations d'huile d'olive ou par l'éther ou le chloroforme, dont on imbibe un petit tampon que l'on place dans l'oreille ; arpès cinq à dix minutes l'animal est tué et il ne reste plus qu'à faire une injection pour l'expulser.

A. Courtade.

Maladies des voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Anurie nerveuse, par BLUM et COMTE (*Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences*, Reims, 1907). — Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans qui fut prise d'anurie à la suite d'une crise nerveuse : cette crise d'anurie dura quatre mois, durant lesquels la malade n'urina jamais spontanément. On était obligé de la sonder tous les deux ou trois jours, et on retirait à chaque fois de 20 à 30 grammes d'urine ; une seule fois, après cinq jours, on retira 150 grammes ; elle fabriquait donc environ 30 grammes d'urine par jour.

Au début, la crise d'anurie s'accompagna de paraplégie qui dura trois semaines et qui guérit par suggestion. Aucun traitement ne put venir à bout de l'anurie, pas plus les diurétiques que l'électricité et la suggestion ; cette anurie céda spontanément au bout du quatrième mois, d'une manière progressive.

Pendant toute la durée de la crise, la malade absorbait trois quarts de litre de liquide par jour : elle ne présenta aucun trouble de suppléance, ni vomissements ni transpirations : elle avait seulement de l'anorexie et de la constipation, pas d'amaigrissement. Un examen attentif permit d'écarter toute simulation et toute supercherie.

Il s'agit probablement d'un ralentissement de la vie cellulaire, analogue à l'hibernation, et aux cas de léthargie avec jeûne.

M. DESCHAMPS.

Des résultats éloignés de la cure du varicocèle par le procédé de Parona, par M. MASINI (*Marseille médical*, 1er octobre 1907). — L'opération proposée par Parona, de Vérone, peut être exécutée sous anesthésie générale au kélène ou au somnoforme, ou sous anesthésie locale à la cocaïne ou à la stovaïne. Un bistouri, six pinces hémostatiques, une sonde cannelée, une aiguille de Reverdin, une paire de ciseaux, catgut n° 2, griffes de Michel ou crins de Florence, sont les instruments nécessaires.

On fait une incision de 6 centimètres partant de l'orifice inguinal externe au collet du scrotum. Le testicule étant isolé, on incise la séreuse vaginale : à travers cette boutonnière on attire le testicule. On repère avec les pinces les bords de la vaginale ainsi retournée et en faisant bien attention que le cordon ne soit tordu, on suture au catgut n° 2, l'angle interne du sac au pilier interne, le bord postérieur au périoste pubien, l'angle externe au pilier externe. On suture la peau aux griffes de Michel ou aux crins de Florence. Au bout du huitième jour, la réunion de la plaie opératoire est obtenue *per primam* et le malade peut reprendre son travail.

Le principal avantage de l'opération de Parona, c'est la suppression immédiate et définitive de la douleur. Le testicule revient à son volume normal et le cordon s'amincit, les varicosités diminuent de volume, le scrotum se rétracte.

L'auteur publie ainsi quatre cas qu'il a opérés avec des résultats ultérieurs excellents.

L'opération convient à la plupart des varicocèles ; si cependant le cordon est trop variqueux et le scrotum démesurément développé, l'opération peut être complétée par quelques résections veineuses et par une scrotectomie modérée. Elle est en tout cas supérieure à la résection veineuse, qui s'accompagne souvent de phlébite, de sphacèle ou d'atrophie du testicule et récidive souvent. Il est à remarquer que le scrotum se rétracte de lui-même après l'opération de Parona.

L. JUMON.

Les indications de la prostatectomie, par John PARDOE (*Brit. med. J.*, 5 octobre 1907). — Le cancer de la prostate doit être traité par l'excision et non par l'énucléation. Le cathétérisme doit être pratiqué aussi longtemps que possible et lorsqu'il devient trop difficile ou douloureux ou lorsqu'il cause des hémorragies, on doit établir un drainage sus-pubien permanent. Jamais on ne doit recourir ici au drainage périnéal. La prostatectomie ou l'excision par la voie périnéale sont les deux opérations qui donnent les meilleurs résultats.

Dans l'hypertrophie prostatique, s'il n'existe pas d'affection intercurrente, cardiaque ou respiratoire, le cathétérisme pourra être pratiqué pendant longtemps sans beaucoup de risques. Mais dans la majorité des cas l'énucléation complète de la prostate est la méthode de choix. Mais les résultats sont très différents suivant qu'elle est faite pendant que le malade jouit encore d'une bonne santé générale et n'a pas souffert. Une prostatectomie urgente

après une longue période de distension de la vessie, lorsque des lésions rénales ou des processus septiques se sont développés, entraîne plus de dangers. Dans ce cas il est préférable de faire l'opération en deux temps, d'abord en drainant et en nettoyant la vessie par une cystotomie sus-pubienne, puis en enlevant la prostate au bout d'une semaine ou deux, lorsque les conditions locales se sont améliorées. L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

Sauf dans les cas au début, il n'est pas permis d'opérer le cancer de la prostate, sauf pour faire un drainage permanent:

Dans les cas d'hypertrophie fibreuse empêchant les mictions, on doit faire l'énucléation partielle ou une prostatectomie. La mortalité de cette dernière opération est pratiquement nulle et les résultats immédiats et éloignés sont satisfaisants.

Chez les sujets très âgés présentant une grande tolérance pour la sonde, la prostatectomie n'a rien d'urgent. Mais, pour la majorité des malades, l'énucléation reste encore le meilleur traitement et doit être faite avant l'apparition de symptômes septiques. L'auteur donne la préférence à l'énucléation complète sus-pubienne.

L. Jumon.

Traitement de la lithiase rénale par la glycérine, par Klemperer (*Société de médecine berlinoise*, 24 juillet 1907). — L'auteur rapporte l'observation d'un malade qui expulsa trente calculs rénaux après l'ingestion de 200 grammes de glycérine : il estime que cette médication doit toujours être tentée tout en n'assurant pas le succès dans tous les cas.

Senator croit qu'il ne faut pas dépasser la dose de 50 grammes de glycérine, car cette substance serait susceptible de provoquer des hématuries.

M. Deschamps.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT,

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

La leucocytose dans les injections intraveineuses de collargol et sa valeur clinique, par Dunger (*Münch. med. Woch.*, 3 sept. 1907). — Les recherches de l'auteur portent sur 16 malades chez lesquels on a fait en tout 31 injections de collargol. Le sang a toujours été examiné jusqu'à neuf fois par jour. La conséquence immédiate de l'injection est un abaissement immédiat du chiffre des leucocytes jusqu'à la moitié de leur chiffre primitif; une ou deux heures plus tard, il survient une leucocytose plus ou moins intense, pouvant s'élever jusqu'à 2,60 fois sa valeur primitive. Au bout de vingt-quatre heures le niveau primitif est de nouveau atteint. Avec une deuxième et une troisième injection la leucocytose est toujours moindre. Ce sont d'abord les polynucléaires neutrophiles qui participent à l'augmentation. Les lymphocytes et les grands mononucléaires diminuent d'une façon relative et absolue à mesure que les neutrophiles augmentent, pour augmenter de nouveau les jours suivants.

La leucocytose produite par le collargol, comme toute autre leucocytose artificielle, produite par la nucléine, l'antipyrine, etc., agit favorablement par la phagocytose ; les leucocytes peuvent alors anéantir non seulement les microorganismes, mais absorber les éléments minéraux en circulation. Mais ce qui a le plus d'importance c'est l'excitation de la moelle osseuse qui aboutit à la formation d'une plus grande quantité de corps immunisants.

L'injection intra-veineuse de collargol produit souvent un frisson qui semble dû à la destruction d'un grand nombre de leucocytes et à la mise en liberté de leur ferment. Le ferment joue un grand rôle dans la résorption des exsudats inflammatoires.

L. Jumon.

De l'emploi de l'atoxyl en thérapeutique, par M. F. Blumenthal (*Med. Klinik*, 24 mars 1907, n° 12, p. 319-322). — L'atoxyl serait, d'après Ehrlich et Bertheim, un phénylarséniate de soude. M. Blumenthal l'a employé avec succès dans 50 cas d'anémie. Il l'a donné, par voie buccale, soit en tablettes de 5 centigrammes, soit de préférence en capsules. La dose était de trois ou quatre tablettes chez les adultes, de deux ou trois chez les enfants.

L'auteur prescrit, en général, à raison de trois par jour, 24 capsules de fer-atoxyl ; il en fait prendre 24 autres après huit jours de repos. Ce traitement remonte rapidement la teneur en hémoglobine et augmente le nombre des globules rouges.

M. Schild a obtenu de bons résultats en

employant l'atoxyl dans la maladie de Basedow. Le médicament fait réapparaître les règles et diminue l'exophtalmie.

L'atoxyl est moins toxique que l'arsenic. Il faut néanmoins, d'après M. Blumenthal, en user avec prudence, sinon on pourrait observer des phénomènes d'empoisonnement, tels qu'amaurose, œdème cutané, etc.

PIERRE SÉE.

Valeur thérapeutique de l'iodure de calcium, par RUTTER WILLIAMSON (*Brit. med. J.* 5 oct. 1907). — L'auteur cite quatre observations dans lesquelles l'iodure de calcium a donné les meilleurs résultats. Dans l'une, un eczéma rebelle de la jambe avait résisté à de nombreux traitements. La lésion guérit complètement en onze jours avec 25 centigrammes d'iodure de calcium donnés trois fois par jour. La guérison s'est maintenue depuis, le malade ayant continué quelque temps encore le traitement.

Dans la deuxième, il s'agit d'un diabétique atteint d'un ulcère siégeant sur le dos du pied. Le malade fut soumis au même traitement. Dix jours plus tard, l'ulcération était à peu près guérie.

Dans la troisième, le même traitement fut appliqué avec succès pour une lésion ulcéreuse d'un doigt résultant d'un anthrax. Enfin, dans un dernier cas, une plaie résultant d'une opération pour un cancer du sein avait de la difficulté à se réunir et à guérir. La cicatrisation se fit rapidement après l'usage d'iodure de calcium.

Ce médicament aurait la propriété de faciliter la cicatrisation et la guérison de lésions cutanées diverses. La dose doit être assez élevée et varie de 25 à 50 centigrammes trois fois par jour, à prendre dans l'eau. L'iodure de calcium doit être conservé dans de petits flacons de 15 grammes, de verre de couleur. Il s'altère rapidement à l'air.

L. JUMON.

Remarques sur l'action thérapeutique du convallaria, par W. LENNEKER (*Therap. Gazette*, 15 septembre 1907). — Pendant ces cinq dernières années l'auteur a eu recours très souvent et avec succès dans toutes sortes d'affections cardiaques, à l'exception de la dégénérescence graisseuse du cœur, à l'extrait fluide de convallaria. Si la digitale constitue encore le meilleur tonique cardiaque, on est souvent obligé d'y renoncer à cause de certains effets secondaires désagréables très gênants. Employée à larges doses, la digitale supprime souvent l'appétit et cause des vomissements.

Dans certains cas, il faut recourir à un tonique cardiaque ; le convallaria a cet avantage qu'il constitue un excellent tonique de l'estomac, qui augmente l'appétit et stimule aussi l'action intestinale.

Le convallaria renforce l'action cardiaque. Dans l'insuffisance mitrale il diminue la dyspnée, calme les palpitations et, après avoir été donné pendant deux ou trois jours, on peut en suspendre l'usage durant une ou plusieurs semaines sans que les symptômes reparaissent. Le convallaria ne trouble pas la fonction gastrique et n'a pas d'action cumulative.

Le médicament est également utile dans l'hydropisie du mal de Bright, dans l'affaiblissement du cœur chez les tuberculeux. Dans l'endocardite et la péricardite rhumatismale il répond à un double but : il renforce et améliore le tonus du cœur et favorise l'élimination des produits morbides qui causent l'inflammation.

Son influence est remarquable dans le cœur tabagique, dans la dyspnée qui résulte de l'affaiblissement du cœur et dans l'asthme chronique.

L'auteur cite deux observations montrant l'action favorable du convallaria : l'une de tachycardie chez une femme qui fit une fausse-couche, l'autre de troubles cardiaques liés à l'usage du tabac.

L. JUMON.

Valeur des méthodes modernes de traitements par les agents physiques, par LAQUEUR (*Réunion des médecins fonctionnaires allemands*, Brême, 9 sept. 1907). — L'orateur estime qu'on a attribué aux bains de lumière électrique des effets spécifiques qu'ils ne paraissent pas avoir : ce ne sont, en somme, que des bains de vapeur agréables et propres, qui peuvent, en cas de syphilis active, par exemple, exercer une influence nocive. En tout cas, il est indispensable que des médecins expérimentés puissent seuls utiliser ces procédés thérapeutiques : la même remarque s'applique aux autres modalités de l'électrothérapie.

Le massage vibratoire exercé par un empirique peut avoir les plus grands dangers, la gymnastique suédoise, les bains d'air et de soleil exigent une surveillance médicale sérieuse ; ils sont, par exemple, fréquemment la cause d'affections rénales. Il n'est

pas jusqu'au système de *Müller* (frictions méthodiques avec balnéation, qui fait fureur en Allemagne actuellement) qui ne puisse, le cas échéant, provoquer des accidents sérieux.

L'orateur estime indispensable que le praticien moderne se familiarise avec les modes d'application et les effets des agents physiques, et s'abstienne de diriger ses clients chez des empiriques : il croit aussi devoir préconiser l'éducation du personnel traitant par un médecin compétent.

E. Vogt.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Beaujon. — *Cours de clinique thérapeutique.* Professeur A. Robin. Ce cours commencera le 14 novembre à 10 heures. Il aura lieu tous les mardis et jeudis à la même heure.

Faculté. — *Cours d'anatomie.* — Professeur Nicolas. — Ce cours commencera le 9 novembre à 4 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique). Il aura lieu tous les mardis, jeudis, samedis à la même heure. *Objet du cours :* Les centres nerveux.

Saint-Louis. — *Service du* professeur Gaucher. — Le professeur Gaucher commencera son cours le 6 novembre à 10 heures (amphithéâtre des cliniques). Il le continuera les dimanches et mercredis à la même heure. *Mercredi.* Leçon clinique. *Dimanche.* Leçon didactique. La première leçon (6 nov.) sera consacrée à l'étude du spirochète de la syphilis.

Association internationale d'urologie. — Une Assemblée générale des délégués de presque toutes les nations d'Europe et d'Amérique vient d'avoir lieu à l'hôpital Necker, sous la présidence du professeur Albarran. Elle a décidé la constitution d'une Association internationale d'Urologie dont les bases sont à peu près les mêmes que celles de la Société internationale de Chirurgie. Elle doit se réunir en Congrès tous les trois ans, ne comprendre qu'un nombre très limité de membres pour chaque nation et ne discuter que des questions mises à l'ordre du jour. Le premier Congrès aura lieu à Paris pendant la première semaine d'octobre 1908.

Le bureau du Comité permanent de l'Association est le suivant :

Président : M. le professeur Guyon (Paris).

Vice-Présidents : M. le professeur Harrison (Londres) ; M. le professeur Israël (Berlin).

Secrétaire-général : M. Desnos (Paris) ;

Trésorier : M. Pasteau (Paris).

Le bureau du Congrès de 1908 est composé ainsi :

Président : M. le professeur Albarran (Paris).

Vice-présidents : M. le professeur Posner (Berlin) ; M. le professeur Watson (Boston).

Un don de 4 millions à la Croix-Rouge. — La Société de secours aux blessés militaires vient de recevoir, à titre de donation anonyme, le domaine du Mont-des-Oiseaux, situé en face des îles d'Hyères, comprenant un parc de 80 hectares, des terrasses, des jardins, une forêt de pins, un immeuble de 120 chambres et 5 villas jetées au milieu du parc, et représentant une valeur de 4 millions.

La Croix-Rouge va en faire un séjour de convalescence pour nos officiers blessés ou malades. Une somme de 100.000 francs pour les premiers frais d'entretien est jointe à ce don.

Ceux qu'il ne faut pas envoyer au bord de la mer (*Bull. gén. de thérapeutique*). — 1° Les enfants petits, malingres, chétifs. Les enfants irritables aux membres grêles, nerveux.

Pour ces enfants, le sel et l'iode sont bien toujours des toniques puissants, mais l'air de la mer, le vent vif dont nulle côte n'est exempte, donnent un coup de fouet à la nervosité naturelle du sujet.

Le manque d'appétit, une mauvaise humeur continue, une agitation insolite et de l'insomnie en témoignent dès les premiers jours sans que l'accoutumance s'obtienne jusqu'à la fin du séjour. Le bain de mer, s'il est surajouté à l'air marin, exaspère encore ces phénomènes d'excitation; le bain salé chaud, pas mieux supporté, arrive souvent à faire paraître, lui aussi, un accès de fièvre. Les résultats obtenus obligent donc à constater, par la suite, que le séjour à la plage n'a pas réussi et qu'il vaudra mieux s'en abstenir désormais.

2° Les individus atteints de manifestations oculaires : kératites, conjonctivites, doivent éviter aussi le vent de mer qui, par sa violence et par le sable de la côte qu'il soulève, détermine toujours un réveil aigu de ces pénibles affections.

3° Les personnes atteintes de troubles des voies respiratoires, d'affections du nez, de la gorge et les individus sujets aux bronchites.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de chimie physiologique, par Maurice ARTHUS, professeur de physiologie à l'Université de Lausanne. Cinquième édition, revue et augmentée. Un volume in-8° de VI-427 pages (*Collection de Précis médicaux*), avec 171 figures dans le texte et 2 planches hors texte en couleurs, cartonné toile souple (Masson et Cie, éditeurs)..... 6 fr.

Pour connaître les phénomènes de la nutrition, qui constituent l'un des chapitres les plus importants de la physiologie, il est nécessaire de posséder certaines notions élémentaires de chimie physiologique. Au moment où a paru la première édition de ce livre, il n'existait pas d'ouvrage dans lequel l'étudiant pouvait trouver exposé le minimum de ces notions chimiques fondamentales; — les traités de physiologie supposaient connues ces notions, ou s'ils contenaient un chapitre de chimie physiologique, ce chapitre ne réunissait pas tous les faits indispensables à la compréhension des autres parties de l'ouvrage; — les traités de chimie physiologique renfermaient les notions utiles aux physiologistes, disséminées au milieu de beaucoup d'autres qui n'ont d'intérêt que pour les chimistes sans qu'il fût possible à l'étudiant de reconnaître dans cet ensemble l'indispensable et le superflu. Ce livre, intermédiaire aux traités de chimie physiologique et aux traités de physiologie, a été écrit pour combler cette lacune et présenter aux étudiants *toutes les notions chimiques nécessaires et rien que les notions chimiques nécessaires pour l'étude de la physiologie*.

Il répondait évidemment à un besoin, ainsi qu'en témoignent ses quatre éditions françaises épuisées en douze ans, les deux éditions de sa traduction allemande et sa traduction russe. Il a incontestablement favorisé le développement des études physiologiques, dont le niveau, dans les pays de langue française, est notablement supérieur à ce qu'il était au siècle dernier.

L'auteur s'est toujours efforcé, dans les éditions successives, de conserver à ce livre son caractère primitif de simplicité, tout en le tenant au courant des développements rapides de de la physiologie. Il a dû y introduire de nouvelles notions sur la constitution et la structure de la molécule protéique et de ses produits de désintégration, un chapitre sur les enzymoïdes, des renseignements sur la composition des aliments et les méthodes adoptées pour leur analyse, des données importantes sur la composition et le mode d'action des sucs digestifs, des indications sur les glandes vasculaires sanguines, etc., sans lesquels nombre de questions physiologiques à l'ordre du jour seraient incompréhensibles. Malgré ces additions successives qu'il a dû recevoir, ce livre reste *le livre élémentaire contenant le minimum de ce que doit savoir aujourd'hui l'étudiant en physiologie* et tous les renseignements qui peuvent être utiles au médecin dans sa clientèle.

L'artériosclérose et son traitement, par A. GOUGET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-16 de 96 pages, avec 5 fig. (*Actualités médicales.*) Cartonné : 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

L'artériosclérose est à l'ordre du jour. Dans ces dernières années, l'expérimentation est parvenue à en reproduire les principales lésions, et, si elle n'a pas encore élucidé complètement le mécanisme de leur développement, elle a eu du moins le mérite de mettre hors de conteste l'action de certaines causes jusque-là discutées. Si nous ne savons pas encore très exactement comment se produit l'artériosclérose, nous savons beaucoup mieux pourquoi elle se produit, et, par suite, dans quelle mesure et de quelle manière nous pouvons l'éviter, quoique, à vrai dire, nous n'en prenons guère le chemin, car sa fréquence semble aller toujours croissant.

Ce n'est pas, d'ailleurs, dans le monde médical seulement que cette question de l'artériosclérose éveille un vif intérêt. C'est aussi le public qui s'en émeut. Très curieux de la médecine, il a appris, dans les articles médicaux de la grande presse, que l'artériosclérose est une affection très fréquente, inévitable ou à peu près inévitable à partir d'un certain âge, et que les accidents les plus graves : apoplexie, angine de poitrine, etc., en sont la conséquence. Cette révélation a eu pour effet d'inspirer à certaines personnes une véritable terreur de l'artériosclérose. L'artériosclérose est peut-être aujourd'hui l'affection la plus redoutée du public, après l'appendicite.

Il est certain, cependant, qu'on meurt plus souvent avec de l'artériosclérose que par artériosclérose. Il est certain aussi que, quelle que soit la fréquence de la sclérose artérielle, on abuse un peu de ce diagnostic, moyen commode d'expliquer, à partir d'un certain âge, presque tous les troubles fonctionnels dont la cause n'apparaît pas très nettement. En réalité, c'est un diagnostic qu'on ne doit porter qu'à bon escient et après mûr examen, diagnostic plus difficile qu'on ne croit, comme M. Gouget a cherché à le montrer dans ce petit livre. C'est donc surtout sur le diagnostic, ainsi que sur les causes et le traitement de l'artériosclérose, c'est-à-dire sur les parties essentiellement pratiques du sujet, qu'il a cru devoir insister.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Concours d'admission à l'école principale du service de santé. — La loi du 27 juillet 1907 portant organisation du corps de santé de la marine admet les étudiants en médecine et en pharmacie des Facultés de médecine ou des Écoles préparatoires de médecine à se présenter au concours d'entrée à l'Ecole principale du service de santé de la marine concurremment avec les élèves des écoles annexes de médecine navale. Pour l'application de cette mesure, le ministre de la marine a, par décision du 8 octobre 1907, arrêté les dispositions suivantes : 1° La note dite « d'aptitude » qui, aux termes de la réglementation antérieure, était donnée par les directeurs aux élèves des écoles annexes de médecine navale et dont il était tenu compte pour les épreuves écrites, est supprimée; 2° L'épreuve technique actuelle pour l'admission à l'école de Bordeaux est remplacée par les épreuves suivantes : *a*) Pour la médecine : une épreuve écrite d'anatomie descriptive et d'histologie splanchnique et une épreuve écrite de physiologie. Durée de chacune des épreuves : trois heures; coefficient de chaque épreuve : 10. *b*) Pour les pharmaciens une épreuve écrite de zoologie et une épreuve écrite d'organographie végétale. Durée de chacune des épreuves : trois heures : coefficient : 10.

Le coefficient de la composition écrite de langue étrangère (thème allemand ou anglais) est ramené à 4; durée de cette composition : deux heures. Les étudiants en médecine et en pharmacie provenant des facultés ou des écoles de médecine devront, pour pouvoir être admis à prendre part au concours d'entrée à l'école de Bordeaux, réunir les mêmes conditions d'âge (dix-huit ans au moins ou vingt-quatre au plus au 1er janvier qui suit la date du concours) et d'aptitude physique que leurs camarades des écoles annexes; ils devront en outre satisfaire aux conditions ci-après : *a*) Etudiants en médecine. — Etre pourvus, au jour de l'ouverture des épreuves écrites : 1° du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles institué par le décret du 31 juillet 1893; 2° de quatre inscriptions valables pour le doctorat. *b*) Etudiants en pharmacie. — Deux années de stage officinal au moment de l'ouverture des épreuves. Ces dispositions entreront en vigueur pour le concours de 1908 qui a lieu dans le courant du mois d'août. Des instructions indiquant les formalités à remplir pour l'admission au susdit concours seront incessamment portées a la connaissance des intéressés.

Concours pour la place de chef du Laboratoire d'Hygiène de la ville de Saint-Etienne. — Un concours sera ouvert pour le poste de chef du Laboratoire d'hygiène de la ville de Saint-Etienne le 4 novembre 1907, à l'Institut Pasteur de Paris.

Conditions d'inscriptions : être Français et docteur d'une Faculté.

Le candidat nommé titulaire à la suite du concours entrera en fonctions le 1er janvier 1908. Son traitement de début sera de 6.000 francs par an.

La rage et la tuberculose chez les animaux. — D'après le rapport à la commission d'hygiène de M. Martel, chef des services vétérinaires de la préfecture de police, il y aurait une diminution sensible dans le nombre des cas constatés de race canine. La tuberculose animale, par contre, demeure stationnaire. Cependant, la quantité de viandes insalubres apportées sur les marchés de Paris serait en décroissance.

Mutuelle Médicale Française de Retraites. — Nous rappelons à nos lecteurs la Mutuelle Médicale Française de Retraites, œuvre purement philanthropique fondée par le Syndicat médical de l'arrondissement de Saumur, approuvée par arrêté ministériel du 10 mai 1900, patronnée par l'Association des médecins de Maine-et-Loire.

Elle s'étend à tous les médecins de France et à leurs femmes, et est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit et non de faveur, soit entière (après cinquante ans d'âge et vingt ans de participation), soit proportionnelle (après cinq ans de participation) — dans tous les cas, la pratique médicale étant abandonnée. — Pour une cotisation annuelle de 60 francs.

Au 1er septembre dernier, le nombre des sociétaires (hommes et femmes) s'élevait à 259, l'avoir social à 78.396 fr. 71.

La veuve d'un sociétaire (y ayant droit) est retraitée à 375 francs pour l'année 1907.

Et un sociétaire hors d'état d'exercer la médecine à 450 francs.

S'adresser au Secrétaire, Dr Terrien, Varennes-sur-Loire, pour tous renseignements.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE

PAR LES

Drs E. BOUCHUT & A. DESPRÉS

Septième édition, mise au courant des derniers Progrès de la Science

Par les Drs **G. Marion** et **F. Bouchut.**

Magnifique vol. de 1590 pages in-8° sur deux colonnes, avec 1097 gravures dans le texte. *Indispensable aux Familles.*

Prix : BROCHÉ, **25** FR. ; — RELIÉ, **30** FR.

Le *Dictionnaire de Médecine et de Thérapeutique médicale et chirurgicale* des Docteurs Bouchut et Després se trouve depuis nombre d'années entre les mains de tous les Médecins et Chirurgiens et de tous ceux qui ont à s'occuper des malades, dans les pharmacies, hôpitaux, infirmeries et maisons de santé.

La septième édition de ce Dictionnaire, l'un des plus pratiques et des plus utiles, vient d'être publiée par les soins de MM. les Docteurs Marion, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, et Fernand Bouchut.

On y retrouvera, mises au courant des découvertes de la science, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontotechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, et *un formulaire spécial pour chaque maladie.* 1097 gravures ornent ce superbe ouvrage de 1590 pages gr. in-8° imprimé sur deux colonnes.

TRAVAUX ORIGINAUX

Effluves et étincelles de haute fréquence dans le traitement des tumeurs malignes,

Par le Dr J.-A. Rivière.

Au moment même où d'éminents chirurgiens reconnaissent l'efficacité de la physicothérapie des tumeurs malignes, nous venons à nouveau affirmer ce que, le premier, nous avons avancé en 1900 et en 1903

Aussi bien, malgré l'indécision thérapeutique actuelle, malgré les théories fatalistes de la répullulation obligatoire des tumeurs malignes, nous estimons que les guérisons (assez nombreuses) et les innombrables améliorations obtenues, dans les cas les plus graves, par le secours de la physicothérapie, doivent nous faire envisager, comme une négligence coupable, le non-recours à ces agents, modificateurs locaux et généraux par excellence. Et cela, d'autant plus qu'ils n'offrent aucun danger, aucun inconvénient, lorsqu'ils sont maniés par des médecins expérimentés.

Nous voulons, à cet égard, apporter à ce Congrès une contribution utile en résumant nos observations, faites depuis plus de dix ans, en apportant sincèrement, dans cette assemblée, le résultat de notre expérience clinique.

Parmi les agents physicothérapiques dont l'action est la plus remarquable contre les néoplasmes, je dois signaler, en première ligne, les *effluves et étincelles de haute fréquence et de haute tension.*

Leur activité est assez facile à régler, suivant les cas: j'emploie, de préférence, les longues effluves et étincelles bipolaires, lorsqu'il s'agit d'agir sur des tumeurs profondes, réservant les applications monopolaires aux épithéliomas. C'est au Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales (Paris, juillet 1900), que nous avons apporté l'exposé de nos premiers succès par cette méthode, dont nous avons reparlé en 1903, dans une communication à l'Académie de médecine, dont l'importance était étayée par de nombreuses observations et par la présentation de plusieurs malades.

Dans ces communications où, pour la première fois, en radiologie, le diagnostic était appuyé d'examen histologique, le premier, nous avancions, ce qui a été confirmé depuis :

Que les effluves et étincelles de haute fréquence guérissent les tumeurs malignes superficielles et profondes.

Qu'elles détruisent les masses néoplasiques et respectent les tissus sains.

Que leur action sur les tumeurs lymphoïdes est des plus marquées.

Qu'elles doivent, avec les rayons Rœntgen, appliqués après les opérations, servir à prévenir les récidives des tumeurs malignes.

Que la physicothérapie est l'unique ressource dans les cas de tumeurs inopérables.

Que les doses de rayons Rœntgen doivent être massives, sans altérer les téguments.

Que la radiodermite semble quelquefois activer et favoriser la guérison.

Qu'il est indispensable de pousser aux éliminations des parties nécrosées, faisant retour à la circulation générale.

Que la cellule néoplasique ne bénéficiait pas des forces synergiques des cellules saines régies par le système nerveux.

Qu'il est toujours nécessaire de s'occuper de l'état général en même temps que de l'état local.

Qu'en présence d'un mal aussi tenace et aussi troublant que le cancer, il faut savoir proportionner l'effort à la résistance et mettre judicieusement en pratique toutes les ressources de l'arsenal physicothérapique.

Depuis cette époque, sans abandonner l'emploi des rayons Rœntgen, et fidèle à nos convictions premières, nous avons, au su de tous nos confrères, accordé dans nos traitements la première place aux effluves et étincelles de haute fréquence, parce que plus fidèles et plus concluantes. Néanmoins, selon notre méthode habituelle (que nous avons, maintes fois, exposée dans les Sociétés savantes et dans les annales de physicothérapie depuis 1901), nous considérons comme légitime (bien plus: comme indispensable) l'alternance et la superposition thérapeutiques des divers agents physicothérapiques, pour l'obtention de la guérison.

Le médecin pharmacologiste ne varie-t-il pas, ne réunit-il pas, de même, ses formules magistrales ou galéniques? Ce chirurgien, soucieux d'antiseptie, ne sait-il pas, avec succès, combiner les diverses ressources de la matière médicale, afin de multiplier l'action curative avec le minimum d'inconvénients? De même, le praticien physicothérapeute doit savoir, quand il voit s'épuiser l'action de l'un de ses agents, recourir à un autre, pour parfaire et compléter sa cure (c'est là un fait d'observation indéniable et qui trouve son explication dans l'aguerrissement même des cellules)

Cette cure, ainsi comprise, aboutit, dans les cas même désespérés, à la sédation de la douleur, à la résolution des tumeurs, à l'amendement des états dyscrasiques, au rétablissement de l'équilibre nutritif.

Nous n'avons pas cru devoir employer le chloroforme et la curette, comme l'a fait, depuis, notre confrère, le Dr de Keating Hart. Les appareils employés par nous, de provenance et d'intensité très diverses, sont les meilleurs et les plus puissants construits jusqu'à ce jour, et nous avons toujours constaté que le malade

supporte sans douleur les plus longues effluves et les étincelles, à la condition que ces dernières ne soient pas très nourries. Ce sont les étincelles et les effluves de haute fréquence, dont les différents dispositifs permettent de varier l'emploi, qui exercent une action élective sur la cellule néoplasique.

Il n'existe entre l'étincelle et l'effluve qu'une question de degré de concentration de l'énergie de haute fréquence.

L'effluve est une étincelle divisée en pluie plus ou moins fine ; elle est émise par une électrode hérissée de pointes, tandis que l'étincelle part d'un point.

Les effluves et les étincelles peuvent, grâce aux appareils perfectionnés dont nous disposons, être courtes ou longues, clairsemées ou très nourries, fines ou denses, il suffit pour cela de modifier ou de changer le dispositif des appareils ; ou, bien mieux, de disposer comme nous, de plusieurs appareils de construction différente : il y a des nuances entre les actions des différentes étincelles et effluves, suivant qu'elles sont courtes, fines, longues ou denses.

Ce sont les courtes étincelles chaudes, très nourries, qui exercent l'action thermo-électro-chimique dont j'ai parlé en 1900. Elles détruisent les masses néoplasiques en procédant de la périphérie au centre.

Ces étincelles, qui dérivent surtout du petit solénoïde ou même du primaire du résonnateur, sont douloureuses.

Les longues étincelles et les longues effluves agissent par percussion et en profondeur. Leur action, à distance, est nécessaire pour désorganiser les cellules profondes néoplasiques. Les courtes étincelles qui sont prises sur le petit solénoïde agissent surtout par leur ampérage. Les longues effluves ou étincelles recueillies sur le secondaire du résonnateur agissent surtout par leur voltage qui peut atteindre 300 000 voltes ou 600 watt.

La force des transformateurs, les capacités des condensateurs, les rapports des différentes capacités mises en présence, la longueur et le diamètre des fils conducteurs sont autant de facteurs qui interviennent pour modifier les conditions des étincelles et des effluves.

L'origine des cancers réside, comme nous l'avons toujours dit, dans l'insuffisance rectrice du système nerveux, à un endroit déterminé de l'économie. A cet endroit, apparaissent bientôt des cellules désorientées, anarchiques, misérables épaves n'offrant qu'une force de résistance tout à fait insuffisante aux effluves électriques. Ces dernières ne tardent donc pas à éliminer le néoplasme, tout en rétablissant parallèlement l'influx nerveux et l'action physiologique des neurones. Il faut remarquer ici que l'élimination est beaucoup plus rapide, quand les cellules sont dénudées et que la pénétration dynamique peut s'opérer directement sur les éléments mêmes de la tumeur.

La cellule du cancer est une cellule jeune (ou même embryonnaire) contenant en elle une réserve inépuisée de potentiel évolutif Dans notre thèse (1884, Paris), nous avons parlé de la force accumulée et condensée dans la cellule génératrice et de la force évolutive associée à la matière (pour nous, dès cette époque, état de condensation de la force). Le savant Hallion a émis l'hypothèse, très vraisem-

blable, qu'il s'agit, au sujet du cancer, d'une cellule rajeunie par fécondation anormale, et non pas d'une cellule restée jeune et reprenant (à l'occasion d'une vis à tergo quelconque) une évolution longtemps interrompue. C'est la théorie karyogamique, hypothèse rationnelle de la rénovation par conjugaison ou copulation des noyaux fécondants. Cette théorie nous explique l'effort malavisé ou déplacé entrepris par une espèce cellulaire « sujette », pour se régénérer à la façon d'une espèce cellulaire autonome ou « libre ». La cellule néoplasique est, par cette raison, très affaiblie dans sa résistance, elle se conduit à la manière d'un véritable sperme pathologique, promoteur des tumeurs, puisque cette aptitude de conjugaison, cette particularité karyokinétique, sont pathognomoniques des tumeurs malignes. Affranchie et désorientée, *désorbitée* pour ainsi dire, la cellule fait souche d'une tribu libre, qui dénonce, en quelque sorte, le pacte social et oublie toutes ses obligations antérieures vis-à-vis de l'organisme. Aussi le système nerveux ne la dirigeant plus, elle tend naturellement à l'épuisement et à l'atrophie, (c'est l'existence éphémère des protistes), ainsi que je disais moi-même, il y a plus de vingt ans, au cours de mon travail sur la *névrarchie* et le *nervisme*.

L'ingénieuse théorie karyogamique (étayée par Maupas, Fabre-Domergue et Hallion) nous rend compte de la rareté du cancer à un âge très avancé et du rôle étiologique assez fréquent joué par le traumatisme et surtout par l'irritation répétée, pour la prolifération ordinaire des tumeurs malignes; en troublant la nutrition élémentaire, on réalise toujours ces conditions d'alimentation imparfaite, qui, d'après Maupas, favorisent la conjugaison cellulaire chez les infusoires.

J'ajouterai que l'acide urique doit être envisagé aussi comme une cause d'irritation permanente pour les éléments anatomiques. C'est pourquoi les arthritiques fournissent journellement à la carcinose un si important tribut.

C'est pourquoi aussi cette terrible diathèse présente un développement parallèle avec la courbe de consommation de la viande, des extraits de viande, des boissons fermentées ou distillées (les peuples végétariens et abstêmes échappant, en grande partie, au cancer). Les courants de haute fréquence, en empêchant les précipitations uratiques, en favorisant les éliminations et combustions complètes des matériaux azotés, coupent, en quelque sorte, les vivres aux processus cancéreux, empêchant les cellules organiques de se livrer à la prolifération karyogamique, fautrice des néoplasmes et des nozorganies les plus graves.

Conclusions.

1° Ce sont les courants de haute fréquence, sous la forme d'effluves ou d'étincelles mono- ou bi-polaires, qui nous ont toujours paru jouir, contre les néoplasmes, de l'action modificatrice la plus fidèle, la plus continue et la plus profonde. Cette observation résulte d'une expérience de plus de dix ans et nos droits de priorité, à cet égard, remontent à notre communication au Congrès d'électrologie et de radiologie médicales (Paris, 27 juillet 1900) et à notre communication à l'Académie de médecine, 1903.

2° Toutefois, il ne faut pas être exclusif et nous avons le devoir d'utiliser judi-

cieusement, contre les néoplasmes, tous les agents pratiques de l'arsenal physicothérapique : les rayons Rœntgen, l'actinisme, les étincelles et les effluves de statique, le radium (1), les rayons ultra-violets, l'ionisation, l'électrolyse, etc., fournissent un appoint souvent indispensable, pour activer la cure, soit en détruisant les masses néoplasiques, soit en redressant les neurones, soit en améliorant l'état dyscrasique ou cachectique, soit en poussant aux éliminations nécessaires des particules néoplasiques détruites et mobilisées dans le torrent de la circulation, soit enfin en ramenant les processus vitaux à la normale.

3° Le pouvoir des grandes effluves bi-polaires ou des étincelles de haute fréquence est surtout plus pénétrant et plus efficace pour le traitement des tumeurs profondes. C'est lui qui déconcerte le plus vivement toute l'histogénèse des tumeurs malignes, et cela sans suspicion possible de réaction inflammatoire, puisque l'irradiation violette ne recèle aucun rayon calorifique.

4° C'est la théorie karyogamique d'Hallion (anarchie des cellules et fécondation des éléments embryogéniques) qui explique le mieux pourquoi notre traitement respecte toujours la vitalité des tissus sains et possède une sorte d'affinité élective pour les éléments constitutifs du néoplasme.

5° Relèvent de la physicothérapie : les tumeurs malignes à leur début, les récidives et les tumeurs considérées inopérables.

6° Comme en 1900 et en 1903, nous persistons à dire que les grosses tumeurs doivent être enlevées par le bistouri et traitées ensuite par notre méthode pour prévenir et guérir les récidives.

7° Les effluvations ou la projection des étincelles de haute fréquence doivent suivre toute opération chirurgicale de tumeurs malignes.

8° Dans le but de prévenir les récidives après cicatrisation, quelques effluvations, appliquées périodiquement et à des intervalles de plus en plus espacés et déterminés par le praticien, nous paraissent d'absolue nécessité.

9° La physicothérapie, qui est la méthode rationnelle à opposer aux tumeurs malignes, en est aussi la thérapeutique préventive.

(1) Au sujet du radium, nous nous plaisons à nous rappeler la conversation que nous eûmes avec notre distingué confrère, A. Darier, lorsqu'il vint, en août 1903, nous faire part de son étonnement de retrouver guérie, à son retour des vacances, la malade atteinte de lympho-sarcome généralisé et qu'il nous avait confiée, *in extremis*, trois semaines auparavant et qui était irrémédiablement condamnée par lui et plusieurs médecins des hôpitaux.

Nous lui dîmes alors textuellement qu'il avait sous les yeux le résultat de l'action combinée des rayons Rœntgen et des effluves et étincelles de haute fréquence; qu'en 1900, j'avais parlé aussi de l'action des rayons actiniques, que, pour nous, le radium, qui contenait et les rayons actiniques et les rayons Rœntgen, devait, dans le cancer, avoir une action certaine.

Nous partîmes tous deux acheter du radium : peu de temps après, dans une importante communication que fit notre savant confrère à l'Académie de médecine (rapporteur, M. Cornil), il relatait le cas de sa malade, guérie par nous par les grandes effluves et étincelles de haute fréquence et les Rœntgen, et il saisissait cette occasion pour parler de l'action du radium dans le cancer.

La Rhinite atrophique (Ozène) et son traitement (1).

Par le Dr J. Guisez,
Ancien interne des hôpitaux,
Chef des Travaux d'oto-rhino-laryngologie
à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

On donne le nom d'ozène à une affection caractérisée par des lésions atrophiantes de la muqueuse avec production de croûtes à odeur toute spéciale et causée par un microorganisme, *le diplocoque de Lœwenberg*.

Autrefois, le mot ozène servait à désigner toute mauvaise odeur du nez, qu'il s'agisse d'un coryza syphilitique, d'un corps étranger des fosses nasales, etc. Maintenant et depuis la découverte du microbe spécifique, l'affection est bien déterminée et l'odeur présente, du reste, des caractères qu'on ne retrouve dans aucune affection similaire (*c'est la punaisie*).

Étiologie. — a) Causes prédisposantes. — L'ozène se développe dans certaines conditions d'âge, de sexe, sur une muqueuse préparée par des maladies antérieures et par l'hérédité.

Age. — L'*âge* du sujet a une grande importance; l'ozène se développe vers l'âge de la puberté, de dix à quinze ans, quelquefois plus tôt, rarement après vingt ans.

Sexe. — C'est chez les jeunes filles surtout, dans la proportion de 3 à 1, que l'on rencontre cette pénible affection. Les jeunes filles jolies, à peau très fraîche, sont quelquefois atteintes d'ozène.

État pathologique antérieur. — *L'état pathologique antérieur* peut y prédisposer, ainsi que toutes les maladies qui déterminent par leur localisation nasale la production d'un coryza chronique, celui-ci étant la meilleure cause d'appel pour le développement du bacille de Lœwenberg. La rougeole, la scarlatine, la variole et surtout les adénoïdes chez les jeunes enfants, s'accompagnant de coryza purulent, sont de grandes causes de développement de l'ozène. Les mal nourris, les sujets de la classe pauvre lui apportent le plus grand contingent. La scrofulose et la syphilis héréditaire agissent dans le même sens.

En général, tous les enfants morveux, dont le nez coule, sont des candidats à l'ozène.

Hérédité. — L'influence de l'*hérédité* est manifeste, puisque, dans beaucoup de cas, on voit des familles entières d'ozéneux.

Certains auteurs ont recherché la cause de l'ozène dans des modifications histologiques de la muqueuse pituitaire. Volkmann, Krause ont signalé des transformations de l'épithélium qui, de cylindrique, devient pavimenteux; pour d'autres auteurs, la fétidité prendrait origine dans une sécrétion anormale des sinus de la face qui, déversée dans le nez, donnerait naissance aux croûtes fétides (Viessens, Volkmann).

(1) Extrait de *La Pratique oto-rhino-laryngologique*, librairie J.-B. Baillière et fils, Paris, 1907.

L'aplatissement des os du nez amenant l'élargissement de la partie antérieure des fosses nasales entretient, pour Boyer et Guy Patin, la rétention du mucus nasal et sa décomposition purulente.

Delacour, dans un travail récent (1), donne à l'hypertrophie de la muqueuse nasale et à l'atrophie de celle-ci une origine commune : les troubles trophiques des glandes adénoïdes et muqueuses étendus à tout l'intestin, au pharynx et aux fosses nasales. L'insuffisance thyroïdienne serait la cause première de ces troubles trophiques.

b) Causes déterminantes. — Nombreuses ont été, comme on le voit, les théories émises sur les causes productrices de l'ozène, nous ne les énumérerons pas toutes, la plupart n'ayant qu'un intérêt historique, la pathogénie de l'ozène ayant été nettement élucidée depuis les dernières recherches bactériologiques et thérapeutiques.

Il est démontré aujourd'hui que la trop grande largeur des fosses nasales est une des causes prédisposantes de l'ozène. En enlevant au courant d'air expiré son rôle spécial de balayer les sécrétions nasales, elle en facilite la stagnation; c'est la théorie émise par Zaufal qui se trouve vérifiée par les faits suivants :

1° Si des deux fosses nasales l'une est plus large que l'autre, c'est dans la première que l'ozène est plus marqué.

2° La seule thérapeutique vraiment efficace par les injections prothétiques de paraffine à froid démontre aussi que l'ozène peut avoir comme cause cette largeur exagérée des fosses nasales.

Pour notre part, il nous semble que, depuis la découverte du microbe spécifique, la *théorie microbienne* doive être la seule admise. Mais le bacille encapsulé de Lœwenberg demande pour se développer un terrain tout préparé par certaines conditions anatomiques spéciales, telles : la trop grande largeur des fosses nasales, l'aplatissement des os du nez et tous les catarrhes chroniques de l'enfance.

Étant donnée l'origine nettement infectieuse de l'ozène, il semble *a priori* que cette maladie doive être *contagieuse*, et, en effet, des travaux récents montrent que la contagiosité est un fait assez fréquent. Lermoyez, Perez, de Buenos-Ayres (2), ont rapporté des cas très nets de contagion d'ozène.

Symptomatologie. — 1° Symptomes fonctionnels. — Le signe primordial, pour lequel le malade vient vous consulter, ce qui le gêne le plus dans la vie ordinaire et vous fait faire le diagnostic dès qu'il pénètre dans votre cabinet, c'est la *fétidité de l'haleine*. On est frappé par une odeur fade, spéciale, *sui generis*, de punaise écrasée (*punaisie*). Il suffit d'avoir senti une fois cette odeur, pour ne plus s'y méprendre ; elle est due à l'accumulation des croûtes dans les fosses nasales; aussi sera-t-elle chez un même sujet plus marquée le matin au réveil avant le mouchage ou le lavage, ou lorsque les croûtes seront particulièrement abondantes à l'occasion d'un rhume, ou chez les femmes à la période cataméniale.

(1) Delacour, *Syndrome adénoïdien*, 1906.
(2) *Annales de laryng.*, janvier 1907.

Si les malades sentent eux-mêmes cette mauvaise odeur dans la période de début, l'anosmie par atrophie des papilles survenant ensuite, ils ne s'aperçoivent plus de ce symptôme pénible que par la répulsion qu'ils inspirent à leur entourage. Quand l'odorat est conservé, ils semblent s'accoutumer eux-mêmes à leur mauvaise odeur.

Les *sécrétions nasales* sont d'une façon générale peu abondantes; visqueuses au début, elles deviennent chez les scrofuleux en particulier muco-purulentes, puis le sujet n'expulse plus tous les deux ou trois jours qu'une grosse croûte gris verdâtre qu'il arrache à grand'peine.

Bien que le nez soit très large, les malades se plaignent invariablement d'*obstruction nasale*. Cependant, si les croûtes s'accumulent dans les fosses nasales, ce n'est jamais au point de les boucher; c'est donc là une fausse sensation qui provient de ce que le courant d'air dans les fosses nasales trop larges n'a plus de force suffisante pour expulser les sécrétions et empêcher cette sensation d'enchifrènement. En outre l'air, en traversant les narines, ne s'y réchauffe pas et ne s'y humidifie pas pour acquérir ses qualités physiologiques (Lubet-Barbon).

Le malade se plaint aussi de *sécheresse des fosses nasales*, de l'arrière-nez et de la gorge, sensation très marquée surtout le matin au réveil. La *céphalée frontale* rebelle au traitement, la *toux* d'irritation sont des symptômes concomitants.

2° Symptômes physiques. — a) *Aspect extérieur du nez*. — La conformation du nez chez les sujets strumeux constitue ce qu'on appelle le *nez camard*, qui est large, aplati, déprimé à sa racine; d'autres fois le nez présente les déformations dites : en *selle*, en *trompette*. Bien souvent aussi, surtout lorsque l'ozène commence tard, le nez extérieur est tout à fait normal.

b) *Examen rhinoscopique*. — Le nez se montre encombré de mucosités épaisses et de croûtes verdâtres adhérentes, tapissant toute la muqueuse. Mais si avec la pince on débarrasse le nez de ses croûtes, on est frappé tout de suite par l'atrophie de ses cornets; le cornet inférieur est particulièrement réduit, tellement qu'il faut parfois le chercher sur la paroi externe. L'atrophie du contenu nasal est telle que d'emblée on aperçoit la voûte des fosses nasales et la paroi postérieure du pharynx.

La cavité nasale paraît très agrandie. La muqueuse atrophiée est grise, dépolie, *sèche*, saignante au point où les croûtes adhéraient le plus, elle ne présente aucune ulcération. Le pharynx est sec, il existe de grosses mucosités verdâtres adhérentes que le sujet expulse avec grand'peine et qui apparaissent collées à la voûte dans le miroir, à la rhinoscopie postérieure. Le cavum apparaît dans le miroir comme agrandi. Les fossettes de Rosenmuller sont très larges.

3° Signes généraux. — Une pareille affection ne va pas sans altérer l'état général; les *troubles digestifs* sont constants chez les ozéneux, soit par déglutition septique, soit par propagation de l'ozène aux voies digestives.

L'ozène peut également se propager aux régions voisines; les *voies lacrymales* peuvent être envahies, donnant lieu à des dacryocystites, à des conjonctivites qui, d'après Terson et Cuénod, seraient dues à l'infection ascendante par le diplocoque de Lœwenberg.

La muqueuse des *sinus* de la face, en particulier des sinus maxillaire et sphénoïdal, les cellules ethmoïdales, sont régulièrement envahies par l'ozène à une certaine période.

Du coté de l'*appareil auditif*, le catarrhe tubaire, l'otite moyenne catarrhale sont des complications fréquentes et souvent difficiles à guérir.

La propagation se fait aussi souvent au *larynx* et à la *trachée*, donnant lieu aux laryngo-trachéites ozéneuses bien décrites par Luc. L'examen laryngoscopique révèle sur la région aryténoïdienne des croûtes verdâtres. La muqueuse qui les supporte est pâle, décolorée, les cordes vocales sont épaissies, mal tendues, la voix est rauque.

Marche, durée. — L'ozène est une affection qui évolue progressivement et qui met des années à accomplir son cycle. Elle commence nettement, et la chose est admise aujourd'hui, par un stade d'*hypertrophie*, l'atrophie ne devient complète qu'au bout de plusieurs années. Après dix ans, vingt ans, lorsque la muqueuse est complètement détruite, que les glandes sont complètement atrophiées, les croûtes ne se reproduisent plus par suite du défaut d'éléments sécréteurs; la guérison spontanée de l'ozène survient lorsque tout est détruit dans les fosses nasales; mais pendant toute cette longue période, on voit combien est pénible cette affection, qui pendant longtemps a résisté à toute thérapeutique.

Diagnostic. — La *punaisie* est le principal des signes de l'ozène; elle devra donc être diagnostiquée de toutes les mauvaises odeurs que l'on retrouve dans d'autres affections de la muqueuse nasale.

Dans les *sinusites*, il existe de la fétidité nasale, mais contrairement à ce que l'on observe dans l'ozène, celle-ci est plus nettement perçue par le malade lui-même que par son entourage (*cacosmie suggestive*).

Dans la *syphilis tertiaire* avec nécrose, il existe une odeur repoussante, mais ici le stylet fait découvrir des points nécrosés, des séquestres, causes de la fétidité.

Rappelons pour mémoire l'odeur qui peut accompagner les *coryzas caséeux*, les *corps étrangers* des fosses nasales, les *rhinolithes* qu'un simple examen au spéculum fera reconnaître aisément.

Traitement. — Jusque dans ces dernières années, l'ozène était considéré comme une affection incurable, et tous les traitements proposés comme radicaux n'étaient en réalité que palliatifs.

1° *Traitement curatif.* — Nous avons vu que la théorie pathogénique la plus admise aujourd'hui consistait à regarder la trop grande largeur des fosses nasales comme une des causes prédisposantes les plus favorables au développement du diplocoque de Lœwenberg. En tout cas, lorsque cette affection est déclarée, si on n'y remédie pas, du fait de l'atrophie les fosses nasales s'encombrent de croûtes, elles ne sont plus assez étroites pour expulser les sécrétions anormales qui s'y accumulent.

L'idée est venue à certains auteurs (Moure, Brockært) que, si l'on pouvait

rétrécir la cavité trop large des fosses nasales, on aurait du coup supprimé la grande cause de l'ozène.

On sait que, dans ces dernières années, *la paraffine* a été introduite en thérapeutique, en particulier dans un but esthétique, pour combler certains méplats, refaire certaines saillies. Moure et Brinder ont pensé que dans l'ozène il était possible de refaire les cornets atrophiés, à l'aide d'injections de paraffine sous la muqueuse, rendant aux cornets leur forme et leur volume primitifs. Jusqu'en ces derniers temps, on injectait de la paraffine fusible ramollie à 50 ou 55°, sous l'influence de la chaleur. L'opération était difficile à cause du refroidissement fatal dans les manipulations, elle était dangereuse même, et permise seulement entre des mains très expertes. Si on ne limitait pas exactement le champ d'action, la paraffine pouvait fuser vers les régions voisines et déterminer des accidents plus ou moins graves (thrombose de la veine faciale, ophtalmique, sinus caverneux, fusion vers la joue).

Aujourd'hui, ces inconvénients n'existent plus, car on se sert de paraffine ramollie sous pression. Dans des seringues de formes diverses et qui partent toutes du même principe (seringues de Lagarde, de Brockært), on glisse des tubes de paraffine stérilisée. Par un système de levier ou de pas de vis, la paraffine sort de la seringue, passe dans l'aiguille tout à fait molle et peut être injectée et modelée sous la muqueuse. La pression l'a simplement ramollie, elle ne peut diffuser comme lorsqu'elle est injectée à chaud, car elle n'est pas fluide ; elle se solidifie du reste très rapidement.

La technique de ces injections est très simple : après nettoyage des fosses nasales et ablation des croûtes, on cocaïnise la partie de la muqueuse où l'on veut agir. On pique l'aiguille franchement, en décollant légèrement la muqueuse parallèlement à sa surface. On injecte la paraffine et, dès que la muqueuse paraît assez soulevée, on retire l'aiguille. On refait ainsi très facilement les cornets et par une technique analogue on crée des éperons artificiels, rétrécissant ainsi d'autant la cavité nasale trop large.

La paraffine, en effet, s'enkyste, pénètre même et s'incorpore dans l'intimité même de la muqueuse, ainsi que l'ont démontré les recherches récentes de Brockært. Elle aurait une action directe sur la muqueuse elle-même. Quoi qu'il en soit de ce mode d'action, il n'en existe pas moins ce fait que 80 p. 100 des malades soignés par cette méthode guérissent (1).

Les causes d'échec dans certains cas tiennent à l'ancienneté du mal ; il est évident que lorsqu'il n'y a plus de muqueuse, on ne peut essayer ce traitement (2). Mais lorsque le processus n'est pas trop avancé, la guérison est de règle. C'est là le seul et véritable traitement curatif de l'ozène à l'heure actuelle.

2° *Traitement palliatif.* — Tous les autres traitements préconisés autrefois

(1) C'est la proportion que nous avons observée chez les malades que nous avons paraffinés (32 guérisons sur 43).

(2) Voy. Guisez, Ozène et son traitement (*Bulletin médical*, 23 mai 1906, et *Journal des Praticiens*, avril 1907).

comme curatifs ne sont que des palliatifs; il est très utile, néanmoins, que le praticien les connaisse, car, nous venons de le voir, dans environ un quart des cas, l'affection est trop avancée pour que le traitement prothétique puisse être appliqué; en outre, il nécessite une technique un peu spéciale que le médecin non spécialiste n'aura peut-être pas l'occasion d'acquérir. Il faudra avoir le recours de lutter ou même de supprimer chez l'ozéneux momentanément les symptômes les plus pénibles, en particulier la mauvaise odeur. Qu'est-ce qui donne la fétidité à l'haleine? Ce sont les *croûtes*. Donc si, par un moyen quelconque, on l'en débarrasse, on aura supprimé du même coup le symptôme le plus pénible de cette affection.

a) *Au malade*, on prescrira des lavages du nez qui, faits sous une certaine pression, décollent les croûtes et amènent leur expulsion par les voies naturelles. En raison de ce fait, on emploiera la seringue anglaise ou le bock assez élevé. On n'a pas à craindre ici pour les trompes, étant donnée la largeur des fosses nasales, les inconvénients des lavages sous pression. Les lavages seront faits le matin et le soir avec de l'eau bouillie tiède à laquelle on ajoutera soit un peu de borate de soude (2 p. 100), soit un peu de phénosalyl (1 p. 1000), ou de résorcine (1 p. 200). Les solutions alcalines, bien que moins antiseptiques, ramollissent et décollent les croûtes plus facilement. Les injections devront être très abondantes, un à deux litres chaque fois. Pour ramollir les croûtes et en faciliter le décollement, on peut ordonner de la vaseline boriquée mentholée, ou mieux pulvériser plusieurs fois par jour, à l'aide du *glymol atomiseur*, des corps gras ou glycérinés; voici deux bonnes formules :

Glycérine	50 grammes.
Borate de soude	20 —
Eau distillée	50 —
Vaseline liquide	30 grammes.
Salol	1 —
Essence de géranium	V gouttes.

(LERMOYEZ.)

Ces pulvérisations fines ont l'avantage de pénétrer partout dans les cavités agrandies des fosses nasales; elles humidifient la muqueuse très sèche et ramollissent les concrétions.

L'usage des *poudres* doit être recommandé dans l'intervalle des lavages; on ne doit employer que des poudres solubles, ainsi que nous l'avons déjà dit (Voy. *Thérap. génér.*), légèrement antiseptiques. Elles devront être surtout excito-sécrétoires. On se servira de poudre d'acide borique finement pulvérisée ou cristallisée (Lubet-Barbon). Prisé ou mieux insufflé, dans l'heure qui suit le lavage, l'acide borique provoque une hypersécrétion qui ranime la muqueuse atone et amène le décollement des dernières croûtes. L'iode ou l'iodol sont conseillés par beaucoup d'auteurs, de même l'acéto-tartrate d'alumine; ces substances seront données associées avec l'acide borique, par exemple :

Iodol	10 grammes.
Sucre de lait	20 —
Acide borique	30 —

ou bien :

Acéto-tartrate d'alumine	2 grammes.
Acide borique	30 —

On pourra prescrire l'ordonnance de la façon suivante :

1° Faire matin et soir un lavage avec le bock ou la seringue anglaise, en employant deux litres d'eau bouillie tiède, contenant soit du borate de soude, soit du phénosalyl.

2° Dans l'intervalle des lavages, priser trois ou quatre fois par jour la poudre boriquée.

3° Une demi-heure avant le lavage, renifler la pommade boriquée mentholée, ou pulvériser une huile légèrement antiseptique.

Ce traitement très simple devra être continué pendant très longtemps, il amène une grande amélioriation et peut faire que les croûtes disparaissent momentanément. Mais dans aucun cas il ne peut guérir définitivement l'ozène. Il a du moins l'avantage de débarrasser le malade de la fétidité.

b) *Le médecin* pourra aider le malade dans ce traitement palliatif par des pansements appropriés. Une ou deux fois par semaine, après avoir débarrassé le nez de ses croûtes à l'aide de la pince, il pourra faire des badigeonnages de la muqueuse, avec des solutions iodées :

Iode métallique	1 gramme.
Iodure de potassium	4 —
Menthol	0 gr. 20
Glycérine	40 grammes.

Les pansements au nitrate d'argent avec des solutions au 20e ou même au 10e modifient l'état de la muqueuse et rendent, dans les cas peu avancés, les sécrétions plus fluides.

C'est tout ce que nous conseillerons au médecin de faire dans un but palliatif. Le traitement curatif n'est obtenu, selon nous, que par les injections de paraffine. Tous les autres procédés : massage vibratoire de Braun et Garnault, électrolyse interstitielle, photothérapie, conseillée par Dionisio de Turin (1), n'ont donné de succès que dans les mains de ceux qui les ont prônés.

3° *Traitement général.* — Le traitement général tonique sera conseillé. Aux jeunes femmes, on prescrira : l'hydrothérapie, le séjour à la campagne et les préparations ferrugineuses. Cauterets a souvent un effet stimulant. Les enfants scrofuleux prendront de l'huile de foie de morue, du sirop iodo-tannique, on les enverra au bord de la mer ou à Salis-de-Béarn.

(1) Congrès de Madrid, 1903.

COMPTE RENDU

DES

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 novembre 1907.
Présidence de M. SAINT-YVES-MESNARD.

M. MENDELSSOHN donne lecture d'un travail de M. SCHWARTZ, concernant le *traitement de l'asystolie par l'injection intra-veineuse de strophantine.* En injectant cet alcaloïde, facilement soluble, on constate que quatre à six heures après, le pouls subit un ralentissement qui peut persister pendant quelques jours. En prenant la précaution de laisser entrer un peu de sang dans la seringue, ce qui prouve que l'on est bien dans la veine, on n'enregistre aucun accident. L'amplitude du pouls, c'est-à-dire la différence entre la pression systolique et la pression diastolique, augmente notablement, la diurèse s'améliore dans de larges proportions, la dyspnée disparaît ainsi que les œdèmes.

L'auteur dispose de 46 observations qui ont toutes donné les mêmes résultats : plusieurs fois, la diurèse a atteint 6 litres par jour.

Les effets de la médication, analogues à ceux obtenus avec le camphre et la caféine, on l'avantage de durer beaucoup plus longtemps que ceux de ces derniers.

Dans l'asystolie subite, l'injection intra-veineuse de strophantine est souveraine. Dans les états chroniques, quand le malade est continuellement menacé d'accidents graves, les résultats sont tout aussi remarquables.

Les ampoules sont dosées à 1 milligramme de principe actif ; une ampoule ou les trois quarts d'une ampoule suffisent pour enrayer les crises. On laissera toujours s'écouler vingt-quatre heures avant de procéder à une nouvelle injection.

M. HIRTZ fait remarquer que le diagnostic de myocardite est fort difficile et que le travail de M. Schwartz ne donne pas à cet égard des renseignements suffisants. En outre, il faut se rappeler que Renault (de Lyon) a déjà préconisé dans les états de ce genre la teinture de strophantus, qu'il appelle le médicament du myocarde. Il n'est donc pas nécessaire d'utiliser la voie intra-veineuse, toujours pleine de dangers, pour obtenir des résultats thérapeutiques satisfaisants.

M. BARBIER a constaté, chez des enfants atteints d'endocardite et de myocardite infectieuses, suite de scarlatine, les excellents effets de la teinture de strophantus, administrée à la dose d'un quart de milligramme.

M. BARBIER fait une communication sur l'*athrepsie des nourrissons causée par un mauvais régime.* Parrot avait fait de l'athrepsie une maladie spéciale, mais on a reconnu aujourd'hui qu'il ne s'agit pas, dans ce cas, d'une affection autonome, mais bien d'un trouble de nutrition dû à diverses causes. On peut diviser les athrepsies ou atrophies en deux classes, héréditaire et acquise. Dans le premier groupe on rangera les syphilitiques, avec ou sans

lésions apparentes, les tuberculeux héréditaires avec ou sans lésions apparentes et les débiles congénitaux. Tous ces sujets présentent des modifications marquées du foie.

En outre, il y a les atrophiques héréditaires, dits organiques, issus de parents présentant des troubles fonctionnels gastro-hépatiques, rénaux ou cérébraux : l'alcoolisme, le plomb, le mercure, les maladies graves subies au cours de la grossesse constituent l'étiologie de ces cas.

Le second groupe, l'atrophie acquise, concerne les enfants atteints à la suite d'une entérite aiguë grave ou à la suite de troubles dyspeptiques consécutifs à une alimentation défectueuse : celle-ci est constituée le plus souvent par l'abus du lait de vache. Les accidents causés par la suralimentation seront surtout très graves chez les sujets du groupe héréditaire : le médecin est alors presque désarmé.

Il ne faudrait pas croire que seul le lait de vache soit capable de provoquer des accidents : le lait de femme en excès en provoque aussi. Enfin, on constate que le lait de femme varie dans de larges proportions au point de vue de sa constitution : les quantités de beurre et de caséine peuvent varier du simple au quintuple : on observe enfin des variations quotidiennes notables chez chaque femme. En modifiant l'alimentation de la nourrice, on peut agir sur la santé du nourrisson.

M. Bardet fait remarquer que les principes énoncés par l'orateur s'appliquent aussi à l'adulte, mais on ne peut alors arriver à des résultats thérapeutiques aussi mathématiques, car l'adulte se nourrit à sa fantaisie. Si un suralimenté maigrit, le meilleur moyen d'enrayer l'amaigrissement est de restreindre son alimentation. Si le nourrisson, en état de croissance, augmente de poids avec un régime bien inférieur en quantité à celui que l'on lui prescrit d'habitude, le phénomène devra être bien plus marqué encore chez l'adulte arrivé à son entier développement. Il faut rationner les dyspeptiques, leur donner des aliments choisis. Comme médication, il suffit de saturer ces acides gastriques en excès ; en suivant ces principes, on fera disparaître la dyspepsie et améliorer l'état général.

Si l'on n'obtient pas le rationnement, le malade restera dyspeptique.

M. Barbier fait ressortir les difficultés que l'on rencontre dans la pratique, quand on veut persuader la mère et surtout la nourrice de restreindre l'alimentation d'un enfant en train de maigrir. La nourrice, le plus souvent, suralimentera le petit malade en cachette. Si ce dernier est âgé de sept à huit mois, on parviendra, en ordonnant le sevrage, à faire accepter un régime restreint qui enraiera les accidents. Si, au moment où l'on sèvre, on voit apparaître des selles glaireuses, on en profitera pour agiter le spectre de l'entérite, et les parents accepteront le rationnement.

Les crèches sont une grande cause de suralimentation : les mères ne savent jamais quelle a été la quantité de lait donné à la crèche dans la journée : elles continuent pendant la nuit à alimenter des enfants ayant déjà reçu une nourriture plus que suffisante. L'orateur voit constamment des enfants, s'étant très bien portés pendant les trois premiers mois, quand ils sont nourris au sein, dépérir dès qu'on les met à la crèche. Certains enfants, du reste, ne supportent pas le lait de vache, et leur poids ne se relève que si on leur donne une nourrice ou du lait d'ânesse, ou si on les sèvre.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,

Médecin des hôpitaux.

Sur l'action des injections intra-veineuses de collargol dans quelques maladies infectieuses, par V. ARNOLD (*Zentralblatt f. inn. Medizin*, 26 octobre 1907). — Au point de vue de la technique, il importe beaucoup que l'injection soit faite dans la veine, car pour peu que le liquide se répande autour de la veine, le malade ressent une très vive douleur. Le collargol ne doit pas être injecté sous la peau, car il irrite violemment le tissu sous-cutané, et n'est presque pas absorbé. Une injection faite comme essai sous la peau, dans un cas de pyémie, a déterminé au point injecté un gros abcès.

Malgré une action favorable sur la marche de la maladie dans quelques cas, l'auteur ne peut recommander ces injections; celles-ci n'ont eu aucune action dans un cas de méningite épidémique. Un cas de pyémie a éprouvé une amélioration. Un cas de fièvre puerpérale sans localisation a été favorablement influencé, mais la malade mourut avec des lesions graves.

Dans la fièvre typhoïde, on a constaté une certaine action antipyrétique, mais la température remontait le lendemain, sans atteindre cependant son élévation primitive. La diarrhée a été moindre, mais la durée de la maladie ne paraît pas avoir été modifiée.

Les injections de collargol offrent, d'après l'auteur, des inconvénients sérieux. L'injection peut provoquer une élévation de température accompagnée d'un frisson. Cet accident est attribué à la mise en liberté du fibrin-ferment. Il peut entraîner, dans les cas graves, le danger de collapsus. Dans deux cas de fièvre typhoïde, les injections provoquèrent un violent frisson avec épistaxis, suivi d'une chute brusque de la température. Il y eut même, dans un cas, de dangereuses hémorragies intestinales, suivies de symptômes de collapsus. Peut-être s'agissait-il ici de forme hémorragique de la fièvre typhoïde. Le collargol peut, dans ces cas, aggraver la diathèse hémorragique. L'antipyrine a le même effet dans la fièvre typhoïde.

Dans un cas, l'injection intra-veineuse de collargol a provoqué une arythmie du pouls avec sensation d'angoisse précordiale, mais tous les accidents se sont dissipés au bout de 24 à 30 heures.

Ces injections ne doivent donc pas être considérées comme inoffensives, car elles peuvent avoir, dans quelques cas, des conséquences très sérieuses.

L. JUMON.

Sur un syndrome d'insuffisance hypophysaire au cours des maladies toxi-infectieuses, par M. J. AZAM (*Thèse, Paris*, 1907, 60 pages). — Dans ce travail, M. J. Azam décrit un ensemble de symptômes qui apparaissent souvent après les maladies toxi-infectieuses. Il les attribue à une insuffisance de l'hypophyse et les groupe sous le nom de *syndrome hypophysaire*.

Les signes qu'on observe sont : l'abaissement de la tension artérielle, l'accélération du pouls, l'insomnie, l'inappétence, des sudations abondantes et des sensations pénibles de chaleur.

L'opothérapie hypophysaire combat avec succès ces troubles.

La thèse de M. J. Azam est appuyée par plusieurs observations. Elles justifient, ainsi que celles que publia antérieurement M. Rénon, la description d'un syndrome d'insuffisance hypophysaire.

L'auteur conclut que l'opothérapie est indiquée lorsqu'au cours des toxi-infections on reconnaît un ensemble de signes rele-

vant d'une insuffisance fonctionnelle ou d'une lésion anatomique de l'hypophyse.

PIERRE SÉE.

Observations sur l'emploi du sérum de Marmorek dans la tuberculose, par G. SCHENKER (*Münch. med. Woch.*, 22 octobre 1907). — Les observations que l'auteur a faites sur le sérum antituberculeux de Marmorek l'ont conduit aux résultats suivants :

Le sérum de Marmorek a une action antitoxique sur l'organisme humain dans la tuberculose. On la reconnaît par la diminution ou la disparition des bacilles tuberculeux dans l'expectoration des phtisiques et dans le sédiment urinaire de la tuberculose rénale et vésicale de ceux qui ont été traités par le sérum. Ce dernier a une action particulièrement favorable dans la tuberculose pulmonaire du premier et du second degré, ainsi que dans la tuberculose osseuse et péritonéale. Les tuberculoses légères peuvent même être traitées à la consultation.

Dans la tuberculose du troisième degré, l'auteur a obtenu des résultats supérieurs à ceux de tout autre médicament. S'il n'a pas toujours une action curative, il peut cependant arrêter les progrès de la maladie, ainsi que les phénomènes consomptifs. On peut donc essayer ce sérum quand il y a encore espoir de guérison. Dans les cas graves et tenaces, le traitement doit être prolongé pendant d'autant plus longtemps. Les insuccès viennent souvent de ce qu'on arrête trop tôt le traitement ou qu'on emploie le sérum d'une façon inexacte.

Dans les infections mixtes, on constate aussi de nombreuses améliorations, bien que plus lentes et plus rares que dans la tuberculose pure.

Dans les cas où il existe des destructions graves et étendues, le sérum de Marmorek ne donnera pas plus de résultat que les autres méthodes.

Employé par la voie rectale, le sérum n'a aucune action accessoire nuisible, et il est très bien supporté surtout par les sujets jeunes.

Comme dans les autres maladies infectieuses dans lesquelles on emploie des traitements spécifiques, il faut aussi placer le malade dans des conditions favorables au point de vue de l'hygiène et de l'alimentation.

La cure à l'air libre et les bains de soleil sont particulièrement nécessaires.

L. JUMON.

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Traitement du goitre exophtalmique (*IXe Congrès de méd. interne*, 14 au 15 oct., 1907). — M. Gilbert Ballet (de Paris) fait un tableau assez sombre des diverses opérations dirigées contre le goitre exophtalmique. Sauf pour le goitre basedowifié, la *thyroïdectomie* partielle est suivie de résultats négatifs, quant aux troubles nerveux de cette affection, et parfois de la mort assez rapide. La *ligature des artères thyroïdiennes* (Kocher) n'aboutit qu'à un certain degré d'atrophie du goitre, mais elle est moins dangereuse. La *sympathicectomie*, très vantée de nos jours, donne une mortalité assez élevée et comporte une trop grande proportion d'échecs et récidives. Les cas assez nombreux de guérison complète et durable qui furent cités par plusieurs chirurgiens au dernier Congrès français de chirurgie ne sont pas mentionnés dans ce rapport qui semble proscrire sans retour la thérapeutique chirurgicale du goitre exophtalmique.

En regard, l'orateur se borne à citer le traitement *radiothérapique*, le traitement *électrique* local ou général (bain statique, de haute fréquence, etc.), et met en doute leur efficacité. Il conclut personnellement à l'emploi du *salicylate de soude*, au traitement *sédatif* et à l'*hématothérapie* par le sang d'animaux éthyroïdés, qui semblent avoir manifesté quelque efficacité. M. Sainton (de Paris), co-rapporteur, s'étend sur l'organothérapie de l'affection (extrait surrénal, testiculaire ou ovarien, thymique, thyroïdien, sérums cytotoxiques) qui répond, suivant les auteurs, à des conceptions pathogéniques différentes. Qu'a-t-on obtenu jusqu'à ce jour par ces divers moyens ? des résultats encourageants, surtout dans les cas de basedowisme fruste.

M. Doyen ayant signalé de bons résultats, après l'extirpation de goitres, qui lui semblaient susceptibles de dégénérer plus tard, M. G. Ballet répond que les cordons cellulaires pleins que l'on y trouve parfois n'ont rien que de normal, surtout chez l'enfant. Aussi conclut-il qu'on doit tout tenter avant de livrer les basedowiens aux chirurgiens. Si bien que la cause paraît entendue, lorsque M. A. Kocher (de Berne) rappelle l'attention de l'auditoire sur les remarquables résultats obtenus à la clinique de M. Kocher, où 283 ba-

sedowiens, sur 300 cas, ont été opérés, soit par l'extirpation partielle, soit par les ligatures artérielles : 20 morts immédiates ou tardives par d'autres maladies, et 209 guérisons ; tel est le bilan du chirurgien suisse. Sauf chez les malades atteints de sclérose ancienne, on a obtenu chez tous les autres des améliorations évidentes et, fait à noter, tous les cas pris au début ont guéri.

M. Gautier (de Genève) explique que la mort immédiate survenant après la thyroïdectomie dans le goitre exophtalmique, et qui ne s'observe jamais dans le goitre simple, est le fait de l'intoxication suraiguë par le suc thyroïdien pénétrant dans les vaisseaux. Cette constatation à son importance, en ce qu'elle peut permettre aux médecins d'atténuer ces accidents par une sérothérapie appropriée, se faisant ainsi les auxiliaires de la chirurgie, qui seule peut revendiquer quelques succès incontestables dans le traitement de cette mystérieuse affection.

A. Benoît.

Maladie de Basedow traitée par l'opothérapie hypophysaire, par M. L. Rénon. Clinique faite à l'hôpital de la Pitié (*Revue internationale de médecine et de chirurgie*, n° 16, 25 août 1907). — M. L. Rénon cite l'observation d'une femme de vingt-deux ans atteinte de maladie de Basedow et dont l'état fut amélioré par l'opothérapie hypophysaire.

La maladie avait débuté une année auparavant, à la suite d'une vive émotion, par une augmentation de volume du cou. Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade se plaignait de palpitations, de cauchemars, de sensations de chaleur accompagnées de transpiration. A l'examen on notait une hypertrophie généralisée du corps thyroïde dont la consistance était demi-molle. On notait, de plus, les signes suivants : regard fixe, yeux saillants, pouls à 120, tension artérielle de 13 centimètres de mercure. Pas de souffle cardiaque. Le membre supérieur était agité par un tremblement à petites oscillations n'augmentant pas par les mouvements volontaires. L'appétit était normal, mais les digestions étaient lentes et s'accompagnaient de somnolence.

M. L. Rénon prescrivit trois cachets de 10 centigrammes de poudre totale d'hypophyse de bœuf, soit 30 centigrammes par vingt-quatre heures. A la suite de cette médication, qui fut prolongée vingt jours, les cauchemars, les palpitations, les phénomènes nerveux et l'exophtalmie s'amendèrent, l'appétit et le poids augmentèrent, les digestions devinrent meilleures, la tension artérielle s'éleva, les pulsations diminuèrent de fréquence, et le cou reprit un volume normal.

Il est donc possible, conclut l'auteur, que le goitre exophtalmique soit sous la dépendance d'une insuffisance de l'hypophyse, consécutive à un défaut de fonctionnement ou à une lésion de cette glande.

Le mécanisme de l'action exercée par l'opothérapie est encore mal connu. Peut-être faut-il attribuer les effets de cette médication aux propriétés physiologiques vasculaires qui sont particulières au suc hypophysaire.

Pierre Sée.

Traitement de l'intoxication éthylique aiguë, par René Millon (*Revue internationale de médecine et de chirurgie*, N° 16, 25 août 1907, p. 320).

On placera le patient horizontalement, puis on favorisera l'évacuation de l'estomac. On prescrira à cet effet la préparation suivante :

Ammoniaque liquide....	XII gouttes.
Eau de menthe.....	20 grammes.
Eau distillée.....	150 —

A prendre en deux fois, à quelques minutes d'intervalle.

On pourra remplacer cette préparation par une potion renfermant 4 à 5 grammes d'acétate d'ammoniaque, ou par une infusion très forte de café.

Si on observe un état semi-comateux, on appliquera de la glace sur la tête ou des sangsues derrière les oreilles et des sinapismes aux extrémités. On fera prendre de plus, un lavement selon la formule :

Séné.....	20 grammes.
Eau bouillante.....	500 —

Ajouter :

Sel de cuisine.....	10 grammes.
Miel de mercuriale....	120 —

Dans les cas où il se produirait du *delirium tremens*, le praticien aurait le choix entre deux thérapeutiques différentes.

1° Autoriser le malade à prendre, chaque jour, un litre de vin additionné de L à C gouttes de laudanum de Sydenham.

2° Le priver complètement d'alcool. Di-

minuer l'intoxication en faisant prendre du lait, des boissons acidulées, des lavements d'eau salée et, au besoin, en pratiquant des injections de sérum artificiel.

PIERRE SÉE.

Un nouveau cas d'ostéomalacie guéri par les injections sous-cutanées d'adrénaline, par M. D. TANTURRI (*Gaz. degli ospedali*, 7 juillet 1907). — M. D. Tanturri cite le cas d'une femme atteinte d'ostéomalacie grave, guérie par l'adrénaline. Il fit, en six jours, neuf injections d'adrénaline à 1 p. 1000.

Les douleurs diminuèrent dès la première injection et cessèrent bientôt complètement, en même temps que l'état général se releva.

PIERRE SÉE.

Modifications cliniques et histologiques consécutives à l'exposition isolée de la rate aux rayons X, par M. K. ZIEGLER (*Zeitschr. f. med. Electrologie und Rœntgenkunde*, mars 1907). — Les travaux de M. Ziegler ont eu pour but de rechercher si la rate régularise la composition sanguine. Ils ont eu également pour objet d'étudier les rapports physiologiques qui existent entre la rate et la moelle osseuse.

M. K. Ziegler, à cet effet, a irradié la rate seule, en l'isolant avec des lames de plomb. Les expériences, qui ont porté sur des souris, des cobayes et des chiens ont permis à l'auteur de considérer la rate comme l'un des lieux de formation des lymphocytes. Ces derniers disparaissent, en effet, par la destruction des follicules. De plus, il se dépose et se développe, sur la pulpe splénique privée de ses follicules, des cellules myéloïdes qui semblent provenir d'une réaction hyperplasique de la moelle osseuse.

L'auteur a constaté que les irradiations progressives avec les rayons Rœntgen font diminuer le nombre des lymphocytes, puis font apparaître les lymphocytes inclus dans la pulpe splénique. Si l'irradiation n'a pas été trop intense, les follicules se régénèrent, de nouveaux lymphocytes se produisent et les myélocytes disparaissent : la formule du sang redevient physiologique.

Il y aurait donc antagonisme entre les cellules lymphatiques et les cellules myéloïdes. L'équilibre serait, à l'état normal, maintenu par la rate et la moelle osseuse.

On reconnaît de même, chez l'homme, l'existence de transformations myéloïdes du tissu splénique au cours des maladies infectieuses (typhus, diphtérie, tuberculose), des états anémiques graves, de la leucémie. A l'examen du sang, on constate une augmentation des myélocytes et, en particulier, des myélocytes peu différenciés, et une diminution du nombre des cellules lymphatiques.

Ces faits, d'après l'auteur, s'expliqueraient par la persistance des lésions folliculaires L'irradiation prolongée de la rate diminuerait la localisation pathologique des cellules myéloïdes. Elle agirait en exagérant le rôle des cellules lymphatiques normales des follicules.

Les rayons X permettraient donc à la rate de réagir contre l'accroissement des cellules myéloïdes. Malheureusement, dès qu'on cesse le traitement, il se produit des localisations nouvelles, et souvent dans des organes inaccessibles aux radiations.

PIERRE SÉE.

Traitement des dyscrasies sanguines par les injections du sérum frais, par M. HERRY, (*Annales médico-chirurgicales de Liége*, juillet 1907). — M. Herry, après avoir rappelé la méthode de P. Emile-Weill et vanté les avantages qu'elle possède cite un cas de purpura essentiel qui fut presque complètement guéri par les injections de sérum frais de lapin.

M. Herry a reconnu, grâce à des examens hématologiques, que les injections de sérums frais favorisent la coagulation du sang.

L'auteur n'est pas fixé sur le mécanisme de cette action, ce qui n'a rien d'étonnant, la physiologie de la coagulation sanguine n'étant pas encore fixée. Il pense néanmoins, avec le professeur Wolf, que quatre facteurs interviennent dans la coagulation du sang : les sels de calcium, la leucothrombine, l'hépatothrombine et le fibrinogène.

PIERRE SÉE.

Du massage abdominal dans les troubles de la nutrition par CAUTRU (*Journ. de physiothérapie*, 15 octobre 1907). — Il ressort du travail important de l'auteur que le massage abdominal, appliqué scientifiquement, est un régulateur de l'économie tout entière, par l'intermédiaire de la circulation géné-

rale et du système nerveux abdominal. Ces heureux effets se manifestent, *d'une part sur les viscères abdominaux* (tube digestif: dyspepsies, entérites chroniques, et même certaines *appendicites « médicales »*; foie, pancréas, rein), tant au point de vue de leur fonctionnement qu'au point de vue de leur statique (tonus et équilibre abdominal) *d'autre part, à distance*, sur le cœur et sur les vaisseaux, améliorant ainsi le fonctionnement d'organes plus ou moins éloignés de son champ d'action — régularisant la composition et la quantité des urines en même temps que la pression sanguine, qu'il y ait ou non cardiopathie artérielle ou valvulaire.

Le massage abdominal varie ses effets: *selon le manuel opératoire* employé, certaines manipulations étant sédatives, d'autres excitantes et produisant des résultats diamétralement opposés, tant au point de vue local (viscères abdominaux), qu'au point de vue général (circulation, respiration), — *selon la durée* — *selon le moment* où il est fait. Dans certaines dyspepsies, en effet il faut masser à jeun, dans d autres de suite ou plusieurs heures après les repas.

Les effets du massage sur l'appareil circulatoire et le système nerveux étant très rapides, sa durée sera courte et ne devra pas excéder de 6 à 12 minutes selon les cas et les sujets, surtout dans les cardiopathies. On ne saurait trop s'élever contre ces longues séances de 30, 50 et même 60 minutes souvent utilisées par des masseurs inexpérimentés. *On masse toujours trop longtemps et trop fort.* La séance de massage sera suivie, chez les sujets affaiblis surtout, d'un repos horizontal plus ou moins prolongé (15 à 30 minutes). Chez certains malades (neurasthéniques déprimés, par exemple), le séjour au lit, quelquefois l'isolement, seront indispensables au début du traitement.

E. Vogt.

Recherches sur le régime végétarien, par M. R. Stæhelin (*Zeitschr. f. Biol.* T. XLIX, fasc. 2, 1907). — Les recherches de M. Stähelin ont eu pour but l'étude de l'influence qu'exerce le régime végétarien sur les échanges, le système nerveux, la circulation et le sang.

M. Stähelin a fait ses expériences sur lui-même et sur des malades de la clinique médicale de Bâle. Il a constaté qu'une alimentation purement végétale fournit facilement la ration d'entretien et qu'elle permet même l'engraissement du sujet. Le régime végétarien est également indiqué dans l'obésité. Cette apparente contradiction s'explique par le fait que ce régime, lorsqu'il est bien combiné, ne fournit qu'une faible quantité de calories. Il a, de plus, sur les autres régimes d'amaigrissement, l'avantage d'être mieux suppporté.

La diète végétarienne n'augmente pas toujours, comme on pourrait le croire, la production des gaz intestinaux. Elle favorise les mouvements péristaltiques; elle est donc indiquée chez les sujets constipés.

Elle n'exerce aucune action sur le système nerveux et l'activité musculaire. Son influence sur la circulation n'est pas constante; c'est ainsi que sur 10 sujets, l'auteur n'en a compté que 2 chez lesquels la tachycardie fut plus marquée après un repas végétarien qu'après un repas carné. Il n'a observé qu'une fois sur treize cas un abaissement de pression sous l'influence du régime végétal. La viscosité du sang était cependant constamment moindre chez les sujets mangeant des végétaux que chez ceux qui faisaient usage de la viande.

La diurèse est plus influencée par les aliments animaux que par les végétaux. Les chairs de bœuf, de poisson, les œufs sont assez diurétiques. L'effort accompli par les reins est moindre avec une alimentation purement végétale qu'avec un régime mixte ou même la diète lactée; aussi le regime végétarien est-il indiqué dans les affections rénales et le diabète insipide.

Pierre Sée.

Chirurgie générale.

Dr Benoît,

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de la péritonite tuberculeuse, par A. Robin (*Bull gén. de thérapeutique*, 30 octobre, 1907). — Avant de recourir à l'intervention chirurgicale, il est indiqué de commencer par un traitement médical, se basant sur l'aération continue, le repos et une alimentation raisonnée, et composant de 100 grammes de viande crue, 2 œufs, du beurre frais et 25 grammes de gélatine.

La viande crue, souvent refusée par les malades, peut être rendue acceptable de diverses façons : 1° Sous forme de sandwich avec du beurre et une tranche très mince de jambon fumé ; 2° Si l'appétit est défaillant, on fait une boulette saupoudrée de sel avec quelques gouttes de bonne eau-de-vie : on présente la boulette devant un feu ardent au bout d'une fourchette ; 3° en purée Crécy (25 grammes de viande crue pulpée par potage) ; 4° la même quantité est mélangée à 3 ou 4 cuillerées de gelée de groseilles ou incorporée dans une glace aux fraises ou framboises.

Au réveil, on donne un demi-verre d'une macération de 1 gr. 50 de copeaux de quassia et dix minutes avant le déjeuner et le dîner, six gouttes de teinture de noix vomique, ou encore l'Elixir de Gendrin, par cuillerées à café, 5 minutes avant le repas, ou le métavanadate de soude (1 milligramme), ou le persulfate de soude (0 gr. 10), environ une demi-heure avant le repas.

Aux repas on donnera de la pepsine, de la pancréatine, de la maltine, un grand verre de bière de malt.

Quand l'appétit est revenu, et la digestion plus aisée, on donne de l'huile de foie de morue et l'on fait des injections de cacodylate de soude (0 gr. 05 par jour). En outre, le sirop iodo-tannique sera administré, ou la préparation ci-dessous.

Acide tannique.....	0 gr. 10
Aloès du Cap.....	0 gr. 02
Extrait de quinquina.....	0 gr. 10

Pour une pilule. Une ou deux au milieu de chaque repas.

Les douleurs locales seront calmées par des pommades contenant de l'extrait thébaïque et de l'extrait de belladone. Quand les douleurs se sont apaisées, on fait des applications de compresses imbibées d'eau saturée de sels d'eaux-mères de Biarritz.

Une fois l'état général amélioré, on peut faire des ponctions suivies de lavages à l'eau boriquée ; il peut arriver qu'après une première ponction le liquide se reforme pour disparaître après une deuxième ponction ; si tel n'est pas le cas, on fera la laparotomie.

E. Vogt.

Fibromes de la langue, leur traitement, par Chavannaz et Sabrazès (*La Province médicale*, 12 oct. 1907). — Le diagnostic des fibromes de la langue est habituellement facile en raison de leur caractère de tumeur à forme bien limitée, à marche lente et sans retentissement ganglionnaire. Il faut distinguer suivant qu'on a affaire à une tumeur pédiculée ou non, suivant que l'épithélium est ou non conservé. On peut alors avoir à distinguer le sarcome pédiculé, la glande syphilitique, les saillies nodulaires accompagnant les ulcérations tuberculeuses ; mais au total le diagnostic est facile et la confusion n'est guère à craindre qu'avec les tumeurs bénignes, lipome, fibrolipome, fibromyome. L'erreur n'a, du reste, aucune conséquence au point de vue du pronostic et du traitement.

Pour le traitement, il faut distinguer entre les fibromes sous-muqueux et les fibromes polypoïdes.

Ces derniers, peu volumineux, situés dans les parties antérieures de l'organe, ne présentent pas de difficulté pour l'extirpation. Après un badigeonnage à la cocaïne, un coup de ciseaux ou la pointe fine du thermocautère débarrassent le patient de sa tumeur. Les auteurs recommandent particulièrement l'ablation à l'aide du thermocautère, en raison de la vascularisation de la tumeur.

Après l'intervention, l'opéré doit se garder pendant quelques heures de mouvements de succion et de mastication. On conseillera le régime liquide, des lavages de la cavité buccale avec des liquides légèrement antiseptiques, de l'eau oxygénée à trois volumes.

Les fibromes sessiles sont moins faciles à enlever en raison de leurs dimensions assez considérables et de leur profondeur. On peut cependant les extirper assez facilement après ouverture de la loge qui les contient. La muqueuse ou les plans musculaires étant sectionnés sur la région culminante de la production, celle-ci est énucléée à l'aide de ciseaux courbes et de pinces à traction. Après l'énucléation et vérification de l'hémostase, on referme la loge par une petite suture.

Dans un cas de fibrome extrêmement volumineux le chirurgien fit, par prudence, la ligature de la linguale et la trachéotomie avant l'extirpation.

L. Jumon.

Contribution au traitement des corps étrangers de l'œsophage, par Rudolf Hacker (*Münch. med. Woch.*, 15 octobre 1907). — L'auteur relate 5 observations de corps étrangers de l'œsophage. Dans le premier cas, une pièce dentaire séjourna pendant

quatre mois à la partie inférieure de l'œsophage. L'extraction fut faite par en haut par l'œsophagotomie. Il s'était produit une fistule broncho-œsophagienne, à la suite d'une complication des plus graves : néanmoins la fistule guérit à la suite de la gastrostomie.

Le deuxième cas est celui d'un domestique qui avala un os, lequel sembla s'être arrêté juste au-dessus du larynx. Douleurs violentes dès le surlendemain, surtout pendant la déglutition. Le corps étranger ayant été localisé, et en présence du danger d'une périœsophagite, on fit l'œsophagotomie à la partie supérieure. On ne trouva pas le corps étranger, mais le région était le siège d'une forte inflammation. La température était élevée, il survint des symptômes de pneumonie double, et le malade succomba à l'œdème pulmonaire. A l'autopsie, on trouva un abcès avec perforation de l'œsophage et inflammation de la thyroïde. L'absence du corps étranger tient probablement à ce qu'il avait été refoulé dans le cours de l'opération avec la sonde œsophagienne. Il y a lieu de remarquer ici, avec Fischer, que l'œsophagotomie n'est pas, par elle-même, la cause de la mort, mais qu'elle fut faite trop tard.

Le troisième cas guérit par l'œsophagotomie faite sans retard, parce qu'il semblait impossible de retirer, sans déchirer l'œsophage, un crochet de cravate de 4 centimètres de long, situé au niveau de la cinquième vertèbre cervicale à la première dorsale. Pendant huit jours, le malade fut nourri à la sonde : il y eut une fistule œsophagienne, mais celle-ci se ferma, et le malade fut complètement guéri au bout de vingt-cinq jours.

Enfin, ces deux derniers cas montrent qu'on ne peut réussir à extraire avec de simples instruments, sans opération sanglante, des corps étrangers volumineux et irréguliers, tels que, comme dans ces cas, une pièce dentaire et une roue dentée. L'auteur recommande dans ce cas l'instrument de Weiss.

L. Jumon.

Traitement de la carie des os au moyen des rayons X., par Freund (*Congr. intern. de physiothérapie*, Rome, 13 octobre 1907). — Les rayons de Röntgen fournissent un excellent moyen de traitement de certaines formes de carie tuberculeuse des petits os (spina ventosa, carie des phalanges des métacarpiens et métatarsiens). Les cas qui se prêtent le mieux à ce traitement sont ceux où les tissus nécrosés se sont au moins partiellement éliminés par une fistule ou bien ont été enlevés par une intervention chirurgicale, même quelques années auparavant ; il est très important qu'il n'y ait pas de rétention de pus, mais que celui-ci puisse s'écouler par une fistule. Dans ces cas on obtient des résultats satisfaisants même dans le traitement d'os cariés plus grands, par exemple les épiphyses du tibia.

La suppuration cesse, la fistule se ferme et, après quelques mois, une néoformation osseuse comble le défaut primitif. Le traitement consiste à exposer le foyer morbide à l'action de tubes durs à courte distance, journellement pendant 6 minutes, jusqu'à l'apparition d'un érythème *franc* ; ensuite on suspend le traitement pendant huit à douze semaines et on répète ce procédé si l'effet n'est pas complet.

E. Vogt.

Solution de cyanure de mercure pour les usages chirurgicaux, par Lemaire (*Rép. de pharmacie*, 10 octobre 1907). — Pour obtenir des solutions de cyanure de mercure borate à l'abri de toute cause de méprise, l'auteur recommande la préparation suivante, qui empêche toute confusion avec des liquides quelconques, d'usage courant :

Cyanure de mercure.....	1 gramme.
Borate de soude.....	2 —
Chromate jaune de potasse.....	0,05 à 0,075 gr.
Fluorescéine.....	0,0001 gr.
Eau distillée.....	q. s. pour un litre.

Us. ext.

E. Vogt.

Maladies du système nerveux.

Dr P. Sainton,

Chef de clinique de la Faculté de médecine.

Traitement et assistance de l'épilepsie, par de Buch (*La Belgique médicale*, 17 octobre 1907). — Le traitement de l'épilepsie comprend avant tout la prophylaxie, qui doit être à la fois générale ou sociale et individuelle. La première vise le paupérisme, l'insalubrité, l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose, le surmenage, les unions entre gens manifestement tarés.

La prophylaxie individuelle doit consister en soins somatiques et psychiques. Chez

les enfants prédisposés à l'épilepsie, le régime et l'éducation jouent un rôle prophylactique primordial. Le traitement proprement dit est constitutionnel, chirurgical, médicamenteux, sérothérapique, toxinothérapique.

Le premier n'a qu'une signification hygiénique générale. Le traitement chirurgical ne peut convenir qu'à l'épilepsie symptomatique et doit être dirigé exclusivement contre l'irritant mécanique direct du réflexe, cause de l'ictus convulsif jacksonien, mais l'intervention ne peut être dirigée que contre ce cas particulier.

Le traitement médicamenteux, tel qu'il est usité aujourd'hui, n'a qu'une valeur symptomatique. Il diminue l'excitabilité réflexe des centres nerveux. De tous les médicaments antiréflexes, ce sont les bromures qui viennent encore au premier rang; mais il ne manque pas d'objections contre cette méthode d'abrutissement intensif du système nerveux.

Le traitement sérothérapique de Ceni s'adresse déjà à la cause. Cet auteur injecte durant le premier mois, à intervalle de quelques jours, de 2 à 50 cc. de sérum recueilli aseptiquement sur d'autres épileptiques ou sur le sujet lui-même, puis les autres mois, quand le sujet est habitué et que l'amélioration commence, 80 à 100 cc. de sérum. Sur 10 sujets, il y a eu deux guérisons complètes, 6 améliorations et 2 aggravations. Des résultats plus ou moins avantageux ont été obtenus par d'autres auteurs.

Le traitement opothérapique par la substance cérébrale est encore à étudier. L'auteur a étudié le traitement toxino-thérapique, en faisant une tentative d'immunisation chez l'homme, mais sans résultat. Toutes les questions relatives au traitement causal sont donc encore à l'étude.

L'assistance de l'épileptique comprend des facteurs nombreux : hygiéniques, diététiques, pédagogiques, chirurgicaux, éventuels, séro-opothérapiques. Cette assistance ne peut se faire que dans des instituts spéciaux, où l'on a réuni tous ses facteurs.

L. Jumon.

Traitement de la sciatique et d'autres névralgies par les injections à haute pression, par Lange (*Deutsche med. Zeitung*, 28 octobre 1907). — L'auteur recommande d'injecter, en cas de sciatique, de grandes quantités de liquide à haute pression dans le nerf lui-même ou dans le pourtour immédiat, de façon à provoquer une distension mécanique des fibres nerveuses. En général, au moment où la canule arrive à atteindre le nerf, il se fait une contraction que le sujet ressent souvent jusque dans le pied. Dès que le nerf est touché, on enfonce de 1/2 à 1 millimètre, et on injecte une quantité de liquide de 100 ccm. La seringue contenant 5 ccm. est remplie à nouveau dès qu'elle est vidée : souvent, au bout d'un petit nombre d'injections, le liquide ressort par la canule.

Il arrive souvent que les douleurs diminuent déjà notablement au cours de l'opération; parfois même on obtient une disparition définitive en une seule séance. Dans une série de cas, la douleur, qui a cédé de suite après l'injection, se manifeste à nouveau au bout d'une à trois heures : elle a alors le caractère d'une tension violente et disparaît au bout de quelques heures, et une nouvelle intervention est inutile.

Enfin, dans la majorité des cas, le nerf reste plus ou moins sensible ; le plus souvent, le péronier seul présente ce phénomène, et il suffit alors d'une seule injection de 30 à 50 ccm. faite au niveau de la tête du péroné pour obtenir la guérison. Dans les autres cas on procède à une ou deux nouvelles injections.

Dans 75 0/0 des cas, on observe après l'injection une poussée d'hyperthermie.

Le liquide injecté est ainsi formulé :

Eucaïne B.....	1	gramme.
Chlorure de sodium..	8	—
Eau distillée ad.....	1 000	—

Usage externe. Stérilisation par ébullition.

Un repos de 2 ou 3 jours, au lit, est nécessaire pour une bonne réussite. Si le sentiment de tension est intolerable, on peut y remédier par une injection de morphine. Dans les cas où une seule injection n'a pas suffi, on procèdera à une nouvelle intervention trois à quatre jours après la première; une troisième injection est parfois nécessaire. Le plus souvent, c'est le nerf péronier qui sera alors injecté : quand il s'agit du nerf tibial postérieur, il faut aller le chercher dans le creux poplité, ce qui est assez malaisé. Heureusement la névralgie du tibial postérieur est rare.

Sur 56 cas, l'auteur compte 15, 4 0/0 d'insuccès, 10, 7 0/0 de récidives et 10 7 0/0 d'améliorations. Tous les autres cas ont guéri.

E. Vogt.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement chirurgical de l'insuffisance vélo-palatine, par RICARDO BOTEY. (*Arch. intern. de laryng.*, septembre 1907.) — La brièveté apparente du voile du palais se présente sous trois formes : 1° brièveté de la voûte sans insuffisance vélo-palatine ; 2° insuffisance vélo palatine avec voûte normale ou presque normale ; 3° insuffisance vélo-palatine avec brièveté de la voûte.

Dans la première forme, la voûte palatine est moins longue qu'à l'état normal et cependant les malades ne nasillent pas, parce que le voile du palais se contracte énergiquement ainsi que le constricteur supérieur du pharynx, de sorte que l'insuffisance de longueur est compensée par le rapprochement des parois pharyngées.

La deuxième forme est assez rare ; malgré des dimensions presque normales de la voûte palatine, les malades présentent les symptômes de l'insuffisance vélo-palatine ; cependant le voile n'est ni paralysé, ni perforé et se meut normalement, mais il est plus mince et sa couche musculaire moins développée. La troisième forme est celle qu'avait décrite Lermoyez en 1892 ; la voûte est moins longue qu'à l'état normal et le voile n'arrive pas à toucher la paroi postérieure du pharynx. L'insuffisance du voile est relative, car si on pousse le diaphragme en haut avec le doigt ou si on le fait contracter énergiquement par un courant faradique, on arrive à produire l'occlusion de l'isthme naso-pharyngien.

L'auteur est convaincu que le défaut d'énergie contractile du voile a plus d'influence que la brièveté de la voûte. Pour corriger cette insuffisance, il faudrait donc rapprocher, par une opération, le voile et les piliers postérieurs de la paroi postérieure du pharynx.

On y arrive en pratiquant l'opération suivante : le malade est chloroformisé et mis dans la position de Rose ou bien anesthésié localement avec la cocaïne-adrénaline et reste assis ; si le malade est courageux et docile, cette dernière position est préférable.

On passe dans une narine un long tube de caoutchouc qui est saisi, quand il arrive au pharynx, et tiré au dehors ; on noue sur la lèvre supérieure ses deux extrémités ; de cette façon, le voile du palais est fortement tiré en avant.

On marque sur la paroi postérieure du pharynx, avec un crayon de nitrate d'argent, le contour elliptique de la portion du pharynx qu'on veut enlever ; avec de longues pinces à dents de souris, on saisit un pli de la muqueuse dans la partie inférieure de l'ellipse et on le sectionne avec un long bistouri à lame coudée ; on continue ainsi jusqu'à ce que toute la surface elliptique soit excisée.

Avec une aiguille coudée à angle droit à 1 centimètre de la pointe, on fait une suture à points passés attachés aux deux extrémités par un point séparé ; les bords de l'ellipse sont ainsi réunis par une suture verticale. Si, plus tard, la muqueuse est coupée par les fils, on touche, après quelque temps, la paroi latérale du pharynx avec le galvano-cautère, à plusieurs reprises et à quinze jours d'intervalle. On aide, par ce moyen, peu à peu au rapprochement des piliers et du voile du palais.

Les bords suturés s'écartent, mais l'espace qui les sépare se couvre de granulations et le tissu cicatriciel qui se produit maintient le rétrécissement opératoire de l'isthme naso-pharyngien.

L'auteur a pratiqué cette opération chez 3 personnes ; chez l'une, la prononciation a été très améliorée et elle ne présente plus de nasillement ; chez une autre, la voix est encore quelque peu nasillarde, malgré l'étroitesse exagérée de l'espace naso-pharyngien et la troisième est guérie.

Chez tous ces malades les piliers postérieurs et le voile palatin se trouvent presque accolés à la paroi postérieure du pharynx ; l'espace est réduit de plus de moitié de ce qu'il est à l'état normal et cependant il persiste encore un peu de nasillement et de coulage nasal ; la guérison n'est donc pas absolue.

La phonation n'est pas parfaite et la parole irréprochable, mais il y a une amélioration considérable qui équivaut presque à la guérison.

Malgré le rétrécissement voisin de l'occlusion, que donne l'opération, les muscles palatins et constricteurs du pharynx ne peuvent arriver à fermer les parties pendant la phonation, d'où persistance, à un léger degré, du défaut vocal.

Passavant avait pratiqué la suture médiane des piliers, staphylopharyngorraphie et suture du voile au pharynx ; opération que l'auteur ignorait quand il a inventé

celle qu'il propose ; du reste, l'opération de Passavant ne donne que de médiocres résultats.

Le massage digital et les courants faradiques pourront plus tard perfectionner les résultats opératoires en rapprochant le voile de la paroi postérieure du pharynx et en fortifiant les contractions des muscles palatins.

A. COURTADE.

Physiologie des amygdales et indications de leur ablation, par BARTH (*Soc. de méd. interne, Berlin*, 21 octobre 1907). — Les amygdales présentent une surface très grande grâce à leurs cryptes : elles ont leur utilité pour arrêter les microbes au passage, bien qu'elles ne semblent pas jouer un rôle phagocytaire. On ne doit donc pas enlever des amygdales saines, même si elles sont hypertrophiées, à moins qu'elles ne se trouvent sur des sujets ayant des troubles auriculaires.

E. VOGT.

La toux d'origine nasale, par LERMOYEZ (*Tribune médic.* juin, 1907). — Une malade présente depuis onze ans une toux sèche et quinteuse : on pensa à la toux d'origine pharyngée et la malade fut soumise à des traitements locaux pendant plusieurs années sans résultat.

Cinq ans plus tard on porta le diagnostic de toux rhumatismale et la malade fut traitée en conséquence sans plus de succès : même résultat par le traitement institué contre la toux nerveuse.

Au bout de onze ans les quintes troublaient le sommeil et provoquaient des nausées pendant le jour. L'auteur, consulté, constata la présence de polypes flottants dans la fosse nasale gauche et en proposa l'ablation qui ne fut exécutée qu'un an après ; aussitôt la toux cessa et depuis un an la guérison s'est maintenue.

La toux qualifiée de nerveuse est beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit d'origine nasale. Elle survient quand il existe de l'hyperesthésie de la pituitaire et une cause d'irritation. La toux nasale est sèche, convulsive, progressive, irrésistible ; comme toutes les formes de toux, elle est provoquée par un chatouillement laryngé qui égare le malade sur le point de départ. Aussi doit-on examiner le nez dans ces cas et en l'absence de grosses lésions, observer si l'excitation des zones tussigènes provoque la quinte et si l'anesthésie cocaïnique, au contraire, la calme ; le diagnostic pathogénique est fait si le résultat est positif.

A. COURTADE.

Recherches expérimentales sur la pathogénie de l'otite moyenne aiguë. — Des lésions déterminées chez le lapin par l'obstruction nasale, par P. CORNET (*Rev. de pathol. comparée*, juillet 1907). — Tanturri (de Naples), en fermant l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache avec un tampon d'ouate, a observé chez 4 lapins sur 5 des lésions d'otite moyenne ; il en conclut que l'otite est une infection par cavité close.

M. Cornet a repris les expériences sur 16 lapins auxquels il a obstrué l'entrée des trompes ; les animaux ont été sacrifiés au bout d'un laps de temps variant de un à dix-huit jours. — Sur 32 oreilles examinées il n'a trouvé de lésion que dans 9 cas et dans 6 il n'y avait que de la tuméfaction congestive de la muqueuse de la trompe touchée par le tampon ; dans les 3 autres cas l'oreille moyenne était infectée et cependant la trompe était normalement perméable. L'otite aiguë n'était donc pas consécutive au rétrécissement de ce canal ; bien plus, l'obstruction tubaire, loin de favoriser l'otite aiguë, semble, au contraire, préserver la caisse de l'infection rhinogène. La cause des otites moyennes idiopathiques est due à la projection de mucosités septiques de l'arrière-nez dans la caisse.

Du reste, le tampon de coton n'obstrue pas le canal et son passage dans le nez fait qu'il s'infecte forcément et il détermine alors une inflammation septique de la muqueuse avec laquelle il est en contact.

A. COURTADE.

Maladies vénériennes. Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE.

Rapports existant entre la présence du spirochète pallida et le traitement antisyphilitique, par FURESZ (*Med. Klinik*, n° 35, 1907). — Chez 24 malades en cours de traitement, on trouva 17 fois le spirochète : les 7 autres malades ne furent examinés qu'une seule fois, ce qui peut faire naître des doutes sur la valeur du résultat néga-

tif. Sur les 17, il y avait 8 récidives chez des malades antérieurement soumis à un traitement spécifique.

Les traitements en cours consistaient en frictions (10 à 55 frictions antérieures au jour de l'examen) et en applications locales d'emplâtres, de calomel, etc. Les recherches des spirochètes furent toujours faites sur des points auparavant localement traités.

Tant que des lésions, même minimes, ont existé chez les sujets en expérience, on a pu déceler des spirochètes chez les 17 malades qui en présentèrent.

Les auteurs s'abstiennent de toute conclusion.

E. Vogt.

Traitement mercuriel par aspiration nasale, par Cronquist (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, n° 86, 1907). — L'auteur recommande, comme poudre à priser, l'*hydrargyrum cum creta* (*Pharm. Suédoise*), à la dose de 4 gr., divisée en quatre prises quotidiennes : une prise au réveil et une au coucher sont indispensables. L'aspiration doit être lente et profonde, et l'on ne doit se moucher que rarement. L'apparition d'épistaxis, au bout de quelques jours, si elle se manifeste, est une indication pour une diminution de la dose.

Le malade doit respirer toujours par le nez et prendre grand soin de son appareil buccal : on ne doit pas prescrire d'iodure en même temps que le traitement.

Les effets thérapeutiques seraient fort satisfaisants : l'auteur a toutefois noté une fréquence relative de récidives.

E. Vogt.

Présentation de quelques malades syphilitiques en traitement par l'atoxyl, par Duhot (*Soc. méd. chir. du Brabant*, juillet 1907). — L'orateur constate que l'atoxyl est relativement peu toxique, ses inconvénients sont très fugaces : pour agir efficacement avec ce produit, il faut l'administrer journellement en injections, à la dose de 0,50 gr. C'est un reconstituant de l'organisme, mais il ne semble pas avoir d'action spécifique sur le spirochète, car l'orateur a vu de nouvelles lésions reparaître rapidement à l'endroit même où siégeaient des syphilides paraissant guéries; les injections locales, d'un autre côté, ne hâtent pas plus la résorption des lésions que celles faites à distance.

L'atoxyl est inférieur au mercure ; il semble se rapprocher davantage de l'iodure; il exerce son action plutôt sur le symptôme que sur la cause du mal. Il jouit d'un pouvoir résolutif incontestable sur les manifestations secondaires, mais son action est surtout remarquable, parfois même extraordinaire, sur les lésions ulcéreuses.

Les injections sont indolores et ne provoquent presque jamais d'irritation rénale.

Les syphilitiques cachectiques pourront bénéficier de son emploi, et peut-être un traitement mixte au mercure et à l'atoxyl donnerait-il des résultats avantageux.

E. Vogt.

Sur le traitement antisyphilitique des affections parasyphilitiques, par Schuster (*Münch. med. Woch*, 22 oct. 1907). — L'auteur a cherché à établir si le traitement plus ou moins intense de la syphilis a une influence sur le développement des maladies syphilitiques et parasyphilitiques du système nerveux. Les opinions des auteurs sur la vertu préventive du traitement antisyphilitique quant aux maladies nerveuses sont très divergentes. Schuster a recueilli 186 cas, dont 75 tabétiques, 35 paralytiques et 76 malades atteintes de syphilis cérébrospinale. Tous avaient eu la syphilis et avaient antérieurement suivi un traitement mercuriel. Un petit nombre cependant, 23 p. 100, n'a été soumis à aucun traitement. De ces observations il résulte que dans les cas non traités ou mal soignés le temps de latence, c'est-à-dire le temps qui sépare l'infection syphilique de l'apparition des premiers signes de la maladie nerveuse n'est pas plus petit que dans les cas bien soignés. Le traitement mercuriel n'aurait donc aucune utilité pour prévenir les affections du système nerveux chez les syphilitiques. Schuster croit en trouver la raison dans ce que le traitement mercuriel ne peut pas faire disparaître du sang les anticorps qui constituent la principale cause nocive pour le système nerveux.

L. Jumon.

Traitement de l'acné vulgaire, par Herxheimer (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 37 1907). — L'auteur constate que dans quelques cas, la levure de bière fraîche lui a donné de bons résultats : les succédanés se sont montrés inefficaces.

Comme traitement local, on se servira

avantageusement d'un liniment composé de 15 parties de soufre précipité, 45 parties d'eau de chaux et 10 parties d'eau d'amandes amères : on l'appliquera le soir alternativement avec la pommade de Wilson. Le matin, nettoyage à l'eau de savon chaude.

La résorcine, beaucoup plus irritante et ne pouvant être appliquée que pendant une heure environ, sera prescrite :

Résorcine très blanche...		
Oxyde de zinc.....		
Talc de Venise.....	ااا	10 gr.
Vaseline.....		20 gr.

Usage externe. Pour la nuit, on prescrira des mélanges beaucoup moins résorcinés.

Si le soufre et la résorcine sont contre-indiqués, on pourra recourir au perborate de soude. En en mélangeant une poignée à 500 gr. d'eau et en laissant le tout pendant quelques heures en vase clos, on obtient une sorte de pâte qu'on applique le soir.

E. Vogt.

Traitement du lupus vulgaire, par Scholtz (*Zeitschr. f. Aertzl. Fortbildung*, 1er novembre 1907). — Le traitement du lupus est presque un art, car il faut une grande habileté pour savoir choisir la méthode qui, dans un cas donné, fournira les meilleurs résultats. Cette méthode sera le plus souvent combinée, car on arrive rarement au but en utilisant un seul procédé en cours de traitement.

Pour modifier l'état général, la suralimentation et le séjour au grand air s'imposent : il suffit parfois de ces mesures pour voir se transformer un ulcère fongueux, à granulations œdématisées, en une forme beaucoup plus accessible aux médications topiques.

Comme remèdes antituberculeux, la tuberculine de Koch (préparation de 1890) rendra de grands services chez des sujets encore robustes et que la réaction générale n'éprouve pas trop. Les injections doivent, pour être efficaces, provoquer une réaction locale. On commencera en général par 1/10e de milligramme de tuberculine, et on continuera, en faisant une injection par semaine. On augmente les doses dès que les réactions générale et locale ne se manifestent plus (maximum : 5 mgr.).

Localement, le lupus dépasse toujours la zone qui semble saine à l'œil nu : si l'on se décide pour l'excision, il faudra donc toujours dépasser cette zone. L'excision, méthode de choix pour le lupus ne siégeant pas sur le visage, est peu recommandable quand la face est atteinte. Le curettage ne parvient pas à abraser tous les foyers enfouis entre les travées du tissu conjonctif. Le Paquelin peut être employé pour la destruction de lupomes bien isolés. L'air chaud donne des cicatrices souples et unies, mais les récidives sont fréquentes, et l'on fera bien de faire suivre ce traitement d'applications d'acide pyrogallique. Ce dernier traitement, consciencieusement utilisé, donne d'excellents résultats dans le lupus des muqueuses.

Les méthodes ci-dessus ont pour but de détruire la lésion en une seule fois : dans la pratique, les destructions successives ont une importance bien plus grande : on cherche, avec elles, à n'atteindre que les parties malades, en respectant le tissu sain.

Il ne faudrait pas s'imaginer que seule, la méthode de Finsen soit capable d'atteindre ce but : l'action élective de l'acide pyrogallique est au moins aussi marquée. On utilisera des pommades de 5 à 20 0/0, avec ou sans addition de 5 à 10 0/0 d'acide salicylique. En changeant rapidement les pansements, on évite de provoquer des douleurs intenses, que l'application locale d'anesthésine en poudre calme du reste assez rapidement. Il est souvent indiqué de débuter par un curettage ou l'emploi du Paquelin ou de l'air chaud. Au bout de 5 à 7 jours, la destruction du tissu lupique est effectuée, et l'on se servira alors de la pommade à 1-2 0/0 ou de compresses à l'eau oxygénée à 1 : 6. Quand la plaie est nettoyée, on applique à nouveau pendant 4 à 5 jours la pommade forte.

Avant d'employer la pommade pyrogallique, les injections de tuberculine seront utilement employées.

Quand l'épidermisation a été obtenue après le traitement pyrogallique, on recourra aux injections de tuberculine, qui permettront de déceler des foyers encore actifs, qu'on pourra scarifier et traiter par l'air chaud, ou le Finse, ou les rayons X. S'il n'y a aucune réaction, on applique des emplâtres résorcinés à 30 ou 50 0/0, ou des ventouses de Bier.

Les rayons X font fondre les lupomes et provoquent une prolifération du tissu conjonctif, mais les effets sont en général insuffisants ; si l'on fait des applications intensives, on obtient, avec un bon dosage, une excoriation superficielle suivie d'épidermisation.

L'auteur procède en général ainsi : il débute par la tuberculine, continue avec l'acide pyrogallique, fait faire une nouvelle série d'injections, continue avec les pansements humides et fait ensuite des applications de rayons X. Il termine par une nouvelle application de pommade pyrogallique suivie d'injections de tuberculine.

Le traitement de Finsen est préférable dans les cas légers et moyens : il est long et dispendieux.

E. Vogt.

Maladies des voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Traitement prophylactique de la blennorragie chez l'homme, par Tansard (*Journal des praticiens*, 12 oct. 1902). — L'auteur conseille, en dehors de l'emploi du condom, la toilette du gland et du méat avec une solution de sublimé ou un savon antiseptique, et l'instillation de quelques gouttes d'une solution de protargol au 1/50e à l'aide d'un compte-gouttes dans les deux ou trois premiers centimètres de l'urètre; cette dose a suffi à faire avorter un écoulement blennorragique au bout de six heures, cent quarante-quatre heures après le début.

Le titre de cette solution permet de renouveler l'expérience, autant de fois qu'il sera nécessaire, sans risquer d'irriter la muqueuse et de déterminer un rétrécissement ultérieur, ce qui est à redouter avec les doses recommandées par les auteurs allemands, protargol dans la glycérine ou l'huile de vaseline au 1/5e.

M. Deschamps.

Importance de la fonction génitale dans le traitement de la blennorragie chez l'homme, par Tauffer (*Arch. f. Derm. u. Syph. Vol.* 85, 1907). — L'auteur recommande, pour obtenir une évacuation des gonocoques enfouis dans les glandes de Cowper, la prostate, les glandules de l'urètre, la pratique du coït tous les trois ou quatre jours, avec les précautions usuelles pour éviter la propagation de l'infection. Après chaque coït le sujet doit pratiquer un grand lavage avec l'oxycyanure d'hydrargyre à 1 : 4000.

La méthode serait, selon l'auteur, moins irritante, plus efficace, et surtout plus agréable que le massage de la prostate et les interventions analogues !

E. Vogt.

La myosite blennorragique, par Chauffard (*Journal des praticiens*, 14 sept. 1907). — Les altérations musculaires sont fréquentes au cours de la blennorragie : les muscles situés autour d'une articulation atteinte d'arthrite blennorragique s'atrophient rapidement; cette atrophie n'est pas due à l'immobilisation, elle se produit même lorsque l'on traite l'arthrite par ponction et mobilisation précoce, elle est d'origine médullaire, la moelle ayant été touchée par la toxine gonococcique.

L'atrophie peut accompagner les névralgies et les névrites gonococciques : on peut observer aussi de la méningo-myélite avec paraplégie spasmodique et fonte musculaire rapide.

Plus rarement (on n'en compte que huit ou dix dans la science), le muscle peut être frappé primitivement : dans ce cas, il se fait une collection suppurée à gonocoque pur ou associé, soit dans le tissu du muscle lui-même, soit dans le tissu cellulaire sous-jacent au muscle. Ces localisations affectent surtout les muscles des membres, une seule observation relate l'abcès dans le sterno-mastoïdien.

Le pronostic n'est pas très grave, la résolution peut se faire spontanément. Si la collection tarde à s'ouvrir il suffira de l'inciser et de la drainer ; le traitement du début consiste a faire des applications de glace ou des enveloppements chauds et humides. Exceptionnellement, ces suppurations peuvent s'accompagner de phénomènes septicémiques.

M. Deschamps.

Traitement des cystites prostatiques, par Paul Delbet (*Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 1er octobre 1907). — L'origine de la cystite chez les prostatiques est presque toujours une prostatite ancienne ; il faut donc soigner le canal en même temps que la vessie. Le passage de la sonde irrite l'urètre prostatique et fait refluer les sécrétions dans la vessie; c'est pourquoi l'auteur préfère traiter les prostatiques qui ne sont pas des rétentionnistes complets, par les grands lavages de Janet, soit avec du permanganate au 1/3000e ou de l'oxycyanure

de mercure au 1/2000e : même s'il y a un résidu les grands lavages sont préférables à la sonde qui ne pénètre pas jusqu'au plancher de la vessie à cause du bas-fond, le remous produit par l'arrivée du liquide lorsqu'il est introduit sans sonde nettoie mieux ce bas-fond que la sonde elle-même.

M. Deschamps.

Orchidopexie par transposition testiculaire intra-scrotale, par Arthur Simart (*Le Bull. méd. de Québec*, sep. 1907). — Dans un cas d'ectopie testiculaire double chez un garçon de 18 ans, atteint de crises douloureuses répétées, l'auteur a fait un double Bassini, la libération des testicules et cordons après dissection abdominale aussi loin que possible, et l'élargissement des loges scrotales. L'orchidopexie a consisté en ceci : le testicule droit a été placé dans la loge scrotale gauche en le passant à travers une boutonnière faite dans la cloison, le gauche fut déposé dans la loge droite, de sorte que les cordons spermatiques s'entrecroisent; puis les cordons sont fixés par un point à la boutonnière rétrécie.

Les suites furent simples et le résultat, au bout de six mois, était parfait. Il n'y avait aucune trace de rétraction des cordons, partant aucune élévation des testicules.

Ce procédé a l'avantage, sur beaucoup d'autres, de ne pas exposer aux récidives et de donner de bons résultats. Les testicules sont forcément maintenus au-dessous d'une ligne horizontale et tangentielle passant par la partie inférieure de la racine de la verge. Il serait préférable que le testicule occupât définitivement le fond du scrotum, mais aucun procédé ne peut se vanter d'assurer toujours un semblable résultat. Dans l'opération pratiquée plus haut, les deux cordons étant entre-croisés et fixés à la boutonnière pratiquée dans la cloison scrotale, peuvent bien se rétracter un peu, mais les testicules sont toujours retenus au-dessous de la verge, alors que la rétraction est très forte. Mais comme il est indiqué d'ajouter la funiculopexie, la rétraction est réduite au minimum, et le procédé donne toujours d'excellents résultats.

L. Jumon.

Sur la néphropexie, par Cathelin (*Tribune médicale*, 15 juin 1907). — Les reins justiciables de la néphropexie sont : les reins mobiles douloureux, les reins déplacés traumatiquement et les reins mobiles s'accompagnant d'hydronéphrose intermittente.

Les reins mobiles douloureux présentent souvent des sillons et scissures analogues à ceux du rein fœtal; cette disposition constitue, d'après l'auteur, un arrêt de développement; d'autre part, on constate toujours chez les reins mobiles douloureux la présence d'adhérences lâches entre la capsule fibreuse et la capsule adipeuse; ces adhérences expliquent très bien les douleurs par les tiraillements qu'elles exercent sur le plexus solaire.

L'auteur emploie ordinairement la fixation par des fils passés à travers le parenchyme rénal, selon le procédé de Guyon; il a employé une fois avec succès le procédé de Guiteras.

Le procédé de Guiteras peut se ramener aux temps suivants : 1° incision de la capsule le long du bord convexe, et décollement de cette capsule sur la face postérieure du rein jusqu'en son milieu, brossage ou frottage à la gaze de la paroi abdominale, qui sera en contact avec cette surface dénudée; 2° mise en place de deux points en U en haut et en bas de la ligne de réflexion de la capsule retroussée; 3° mise en place de deux autres points en U symétriques aux premiers faufilés sous la capsule à 2 centimètres en avant de la ligne d'incision de la capsule, sur la face antérieure du rein; 4° fixation de ces points à travers les muscles de la paroi, les premiers en dehors des derniers, les supérieurs juste au-dessous de la dernière côte.

M. Deschamps.

Diagnostic et traitement des infarctus septiques unilatéraux du rein, par Emerson Brewer (*Boston med. and surg. J.*, 22 août 1907). — L'auteur a relaté un certain nombre de cas d'infarctus du rein, qui montrent que la néphrectomie n'est pas toujours nécessaire. Dans un travail antérieur il s'était occupé seulement de cas très aigus, dans lesquels la néphrectomie était le seul moyen de sauver le malade. Les cas légers se rétablissent souvent sans opération. La symptomatologie des types légers est obscure et on ne fait généralement pas le diagnostic. Les cas typiques présentent des symptômes habituels : une femme, âgée de vingt ans, avait une fracture des deux cuisses. Au bout de trois semaines de trai-

tement, elle eut subitement des symptômes graves, qui firent croire à une atteinte de grippe aiguë. La température était de 40°, le pouls était accéléré, la malade avait des douleurs dans les extrémités et dans la région du rein droit, il y avait de l'albumine et du pus dans l'urine. La néphrectomie exploratrice fut proposée, mais refusée. Les symptômes s'aggravèrent. Il survint des frissons, de la fièvre, du délire, de la douleur lombaire. Finalement on en arriva à l'opération et on explora le rein droit. La surface de l'organe était couverte de taches rouges et en l'incisant on trouva de petits abcès. Quelques cas ressemblent beaucoup à l'appendicite et à la lithiase biliaire. Dans les cas les plus graves, il faut faire la néphrectomie. Dans les cas légers on pourra faire la décapsulation et il suffira d'ouvrir les abcès superficiels. Dans les cas les plus légers l'expectation est indiquée.

L. Jumon.

Le traitement chirurgical de la lithiase rénale et ses indications, par Perthes (*Münch. med. Woch.*, 27 août 1907). — Deux opinions ont été exprimées au sujet des opérations des calculs rénaux : la première ne considère l'opération comme indiquée que dans les cas de complications dangereuses déterminées, la seconde la recommande, au contraire, sitôt que le diagnostic de calcul rénal est assuré.

On admet que l'opération est indiquée dans l'anurie par arrêt du calcul dans l'uretère au bout de 48 heures; dans l'infection purulente du bassinet, la pyélite aiguë et chronique, la pyélonéphrite, dans les hydronéphroses et pyonéphroses calculeuses; dans les hémorragies abondantes. On a recours habituellement à la néphrolithotomie, par exception à la pyélolithotomie.

Dans le pyélonéphrite avancée, l'hydronéphrose et la pyonéphrose avec amincissement des parois, on préférera l'ablation du rein si l'autre rein est sain.

Pour les cas non compliqués, l'indication opératoire est discutée. Perthes recommande d'agir suivant les données de la radioscopie. Des calculs du volume d'une lentille et au-dessus, visibles sur l'écran ne peuvent traverser l'uretère sans danger. Leur séjour dans le bassinet entraîne des complications. Or, il ne faut pas attendre qu'il se produise de complication, afin d'opérer dans une période aseptique. L'infection du bassinet fait doubler la mortalité opératoire et souvent il faut établir une fistule du bassinet qui persiste longtemps avant la guérison, alors qu'une néphrolithotomie aseptique guérit en 14 jours à trois semaines. L'auteur conseille donc d'opérer lorsque la radioscopie montre l'existence d'un calcul même petit, lorsque l'état général fait supposer une marche favorable de l'opération.

L. Jumon.

L'opothérapie rénale par la méthode de Renaut, par Azema et Serr (*La Province médicale*, 28 septembre 1907). — Les auteurs ont appliqué la méthode de Renaut au traitement des néphrites et exposent les résultats de leurs recherches personnelles.

L'action de la macération de rein varie suivant les cas. Chez un premier malade le traitement a fait presque doubler la quantité d'albumine, peut-être parce qu'il s'agissait d'une poussée aiguë au cours d'une néphrite chronique. Dans un deuxième cas, celui d'une néphrite chronique avec albuminurie peu marquée et phénomènes très atténués d'insuffisance rénale, l'opothérapie est restée sans effet notable, le rein n'en a pas été incommodé, mais n'a paru en retirer aucun bénéfice.

Les auteurs ont constaté l'action diurétique pendant toute la durée de l'usage de la macération, malheureusement la courbe urinaire ne se maintient pas dès qu'on cesse le traitement. L'élimination chlorurée, loin d'être favorisée, paraît au contraire, entravée par l'administration de la macération de rein de porc.

Une malade a éprouvé, dans les premiers jours du traitement opothérapique, une atténuation de la céphalée, de la dyspnée, mais cette amélioration n'a pas persisté.

Elle eut ensuite un prurit très désagréable, puis il survint des vomissements incoercibles.

MM. Azéma et Serr concluent de leurs observations et de celles des autres auteurs que la macération de Renaut est nocive pour le rein, en tant que suc de rein et en tant que préparation salée.

La dose de deux ou trois rognons de porc indiquée par Renaut est beaucoup trop considérable. La moitié d'un rognon ou un rognon, tout au plus, serait pour les auteurs une dose bien suffisante et, en tout cas, ils conseillent de ne pas la dépasser pour éviter des effets nocifs.

Quant aux indications, la médication est bien supportée par les malades atteints de néphrite chronique ancienne, sans grande albuminurie et ne présentant pas de phénomènes inflammatoires aigus du côté de leur rein.

Mais comme les médications usuelles donnent des résultats plus sûrs et plus constants, on aura rarement recours à ce traitement qui exige des manipulations longues et minutieuses.

La méthode devra être réservée aux cas d'urémie confirmée comme un moyen souvent efficace, mais sur lequel il ne faudrait cependant pas trop compter.

L. JUMON.

Traitement chirurgical de la lithiase rénale, par PERTHES (*Soc. de méd. de Leipzig*, 25 juillet 1907). — Les indications opératoires de la lithiase rénale sont les suivantes: 1° anurie persistant après quarante-huit heures de traitement médical; 2° pyélite ou pyélonéphrite aiguë ou chronique; 3° hydronéphrose ou pyonéphrose; 4° hématuries abondantes. On enlèvera le calcul par la néphrotomie ou la pyélotomie; si le rein est profondément altéré, dans les cas de rétention ou de pyélonéphrite, on fera la néphrectomie. Quant à la lithiase aseptique, il convient d'opérer lorsque le calcul, vu à la radiographie, atteint ou dépasse le volume d'un petit pois, ne lui permettant pas d'être expulsé par les voies naturelles; on évite alors les complications septiques, on peut faire la néphrotomie sans drainage consécutif, ce qui simplifie considérablement les suites opératoires.

Heineke fait observer que pour les cas dans lesquels la radiographie donne des renseignements insuffisants, Trendelenburg a imaginé un dispositif spécialement pour radioscoper le rein mis à nu et extériorisé préalablement.

M. DESCHAMPS.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL,

Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité.

Le traitement par la ventouse en gynécologie, par WEINBRENNER (*Münch. med. Wochens.*, er oct. 1907). — L'idée d'appliquer sur le col de l'utérus un appareil à ventouse pour combattre l'inflammation dans diverses affections gynécologiques n'est pas nouvelle. L'auteur a essayé cette méthode dans une centaine de cas de lésions inflammatoires chroniques de l'utérus et du tissu conjonctif du bassin. Il a d'abord constaté que le traitement n'est pas supporté dans les cas d'inflammations et d'adhérences des annexes au péritoine pelvien. L'application de la ventouse doit être évitée s'il y a du pus dans les trompes et les ovaires, ainsi que dans les abcès péritonéaux et paramétritiques. Par contre, les résultats ont été bons dans les lésions chroniques de l'utérus et du tissu conjonctif du bassin. L'auteur mentionne ainsi les cicatrices produites dans le tissu conjonctif par l'accouchement, les résidus de paramétrite, la paramétrite chronique atrophiante circonscrite.

Le traitement donne le meilleur résultat lorsque le verre à aspiration est poussé de manière à embrasser le col, tout en laissant à l'utérus sa mobilité. Les premiers coups de pompe pour faire le vide sont ressentis d'une façon désagréable et provoquent des tranchées utérines. En continuant le vide, le col prend une coloration violacée. Le col donne alors issue à du mucus, du pus, de la sérosité sanguinolente en quantité variable. La durée du traitement dans une séance a été en moyenne de vingt minutes. Dans quelques cas, l'auteur a obtenu une régression remarquable de l'hypertrophie du col et une très forte diminution de la sécrétion dans le catarrhe.

Le phénomène le plus remarquable observé dans le traitement est la cessation des douleurs produites par les brides de paramétrite. Si l'appareil à aspiration a une longueur suffisante, ces brides sont certainement distendues.

Les malades sans exception ont été débarrassés de leurs douleurs après le traitement. La marche est devenue plus facile et les femmes ont accusé la disparition de la gêne et de la plénitude qu'elles ressentaient dans l'abdomen.

La durée de cette amélioration a été variable; souvent les symptômes ont recommencé au bout de huit jours, mais quelques séances suffisaient pour les faire disparaître plus longtemps et permettre, par exemple, le port d'un pessaire.

L. JUMON.

Indications du curettage thérapeutique de l'utérus, par SKEEL (*The Cleveland med.*,

J., octobre 1907). — Pour l'auteur, il n'existe qu'une indication incontestable du curettage utérin, c'est l'ablation de productions intra-utérine causant des hémorragies. La stérilité, l'hémorragie provoquée par des tumeurs de l'utérus peuvent encore être des indications, quoique moins bien établies, mais le plus souvent l'intervention est faite sans être réellement justifiée parce qu'on la croit inoffensive.

La suggestion joue un grand rôle dans les résultats observés à la suite de l'opération ; on peut en dire presque autant des soins concomitants, du régime, du repos au lit et du changement complet établi dans l'entourage de la malade.

Beaucoup de cas pour lesquels on pratique le curettage relèvent de la thérapeutique générale et de la neuropathologie.

En obstétrique le curettage a une application nettement définie pour enlever des produits de conception ou des restes d'avortement incomplet, ou après des avortements ou des accouchements pour enlever ce que le doigt ne peut atteindre.

Au début de l'infection puerpérale, il peut nuire, mais il est habituellement utile ; plus tard, il est positivement contre-indiqué.

En gynécologie il est indiqué dans l'endométrite hémorragique ou polypeuse se manifestant par des hémorragies. Mais le plus grand nombre des femmes auxquelles ce traitement est appliqué relèvent de la médecine interne.

L. Jumon.

Indications thérapeutiques dans la perforation utérine, par V. Braun-Fernwald (*Zentrbl. f. Gyn.*, 28 septembre 1907). — L'étude de la perforation utérine par les instruments est toujours un sujet d'actualité. L'auteur étudie les conditions très diverses dans lesquelles il est arrivé de la produire.

Le traitement dépendra ainsi de multiples circonstances. En premier lieu, il faut considérer la dimension de la perforation. Si elle s'est produite dans des conditions aseptiques, le repos et l'observation suffiront. On pourra aussi attendre dans les autres cas et faire l'extirpation vaginale totale au premier symptôme menaçant.

Si la perforation s'est faite dans un curettage ou si elle est seulement soupçonnée, on ne fera absolument aucune injection intra-utérine, ni aucune cautérisation. La cavité sera tamponnée avec de la gaze iodoformée.

Dans un cas septique, il sera indiqué de faire immédiatement l'extirpation vaginale totale. Dans tous les cas on surveillera exactement les cas de perforation par la curette, et on contrôlera le pouls. Au soupçon d'une hémorragie interne, il faudra opposer la cœliotomie vaginale ou abdominale, et pratiquer une suture si la plaie saigne fortement.

Pour être tout à fait assuré contre une hémorragie intense grave, on est autorisé à faire dans tous les cas aseptiques la cœliotomie vaginale et la suture. Il sera avantageux de faire un drainage.

Si dans une opération où l'utérus a été perforé on a le plus léger soupçon d'avoir aussi blessé l'intestin, il faudra pratiquer la laparotomie qui est le seul moyen de constater exactement si l'intestin est intact, car les phénomènes de péritonite apparaissent tardivement et il est alors trop tard pour intervenir.

S'agit-il d'une perforation dans un cas de néoplasme, le traitement est l'extirpation vaginale totale, s'il n'existe pas de complication exigeant une autre intervention.

Le curettage de l'utérus est une opération que ne devraient pas pratiquer les médecins lorsqu'ils n'ont pas appris à la faire dans une clinique, car en général on en méconnaît les dangers. Dans ces cas le praticien n'a pas besoin de se presser. Il n'en est plus de même dans les cas d'avortement et de restes placentaires, l'hémorragie obligeant à intervenir rapidement. Il ne faut alors se servir que du doigt, encore dans le cas de Lowich le doigt produisit-il une déchirure mortelle de l'utérus au niveau du col.

L. Jumon.

Fibromes sous-péritonéaux de l'utérus à pédicule tordu, par Emile Foisy (*Annales méd. chir., du centre*, 3 nov. 1907). — La torsion est une complication rare des fibromes sous-péritonéaux de l'utérus : elle est infiniment moins fréquente que celle des kystes de l'ovaire. L'auteur en rapporte un cas qu'il a eu l'occasion d'opérer.

Les symptômes varient suivant que la torsion a été brusque, lente ou à poussées successives. Brusque, la torsion se traduit par une douleur vive localisée soit dans une fosse iliaque, soit au pubis, irradiant dans tout l'abdomen ; puis apparaissent des vomissements muqueux, bilieux, enfin porracés. Le pouls s'accélère sans élévation de température. Il y a de la fréquence des

mictions, de la dysurie avec oligurie. Le ventre est ballonné. La crise dure de quelques heures à plusieurs jours et se termine souvent par de la polyurie. La péritonite aiguë est exceptionnelle.

La torsion à poussées successives est beaucoup plus fréquente. Les crises sont moins violentes. La torsion lente ne produit pas de symptômes propres, de sorte que le diagnostic ne se fait qu'à l'intervention.

L'intervention est indiquée parce que l'affection abandonnée à elle-même est extrêmement grave et peut entraîner une péritonite mortelle.

La laparotomie précoce s'impose et devra être faite sitôt le diagnostic posé. Si la torsion ne porte que sur le pédicule de la tumeur, la myomectomie abdominale sera faite avec facilité, sauf quand il existe des adhérences intestinales étendues.

Lorsque l'utérus présente plusieurs fibromes on fera, suivant les cas, l'ablation de tous les fibromes ou l'hystérectomie. Dans les cas où la torsion porte sur l'isthme utérin, l'hystérectomie sus-vaginale est l'opération indiquée.

L'opération s'imposera d'urgence au cours d'une grossesse. La myomectomie reste toujours l'opération de choix ; l'hystérectomie reste toujours l'opération de nécessité. Pinard a conseillé de faire le jour de l'opération et pendant les jours consécutifs quelques injections de morphine pour éviter l'expulsion prématurée de l'œuf.

L. Jumon.

A propos de la greffe ovarienne, par M. Lucas-Championnière (*Journal de médecine et de chirurgie* art. 21470, an. 1907). — Ayant relaté naguère la curieuse observation de M. Morris (*New-York medical Record*, 5 mai 1906), touchant un cas de greffe ovarienne hétéroplastique, suivi de grossesse quatre ans après, nous ne pouvons laisser inaperçu le commentaire de M. Lucas-Championnière sur ce cas. En effet, la réapparition des règles, chez une femme dont la menstruation était supprimée, donne bien à penser en effet que le succès de la greffe des deux ovaires est bien réel. Mais ce cas est unique et, considérant que la résorption est la terminaison habituelle de ce genre de transport chez les animaux en expérience, on est plutôt tenté de croire que l'ovaire, même en employant l'angiotribe au lieu des ligatures, n'est pas entièrement supprimé dans l'extirpation chirurgicale des annexes seules (sans l'utérus). C'est là précisément le point sur lequel M. Lucas-Championnière nous fournit des documents qui paraissent tout à fait décisifs. Il rappelle qu'on a vu la suppression d'une lésion ovarienne être suivie du retour des règles chez des malades qui n'étaient plus réglées. Et d'autre part, il a pu s'assurer, dans une circonstance, que le tissu ovarien se prolonge parfois jusque *dans la corne utérine* et peut ainsi échapper à l'extirpation. Aucun procédé laissant intacte la corne utérine ne serait donc une méthode absolument radicale. Cet auteur ne nie pas cependant la possibilité de voir le fait se vérifier.

Mais si l'on songe à la grande quantité d'extirpations ovariennes doubles qui a été pratiquée à certaine époque et au petit nombre de femmes qui demeurèrent réglées à la suite, on est plutôt enclin à admettre l'anomalie en question dans le cas où les règles ont persisté ou reparu. Dès lors le fait cité par M. Morris nous apparaît des plus douteux quant à l'avenir de la greffe. On doit regretter d'ailleurs qu'il ne soit pas plus positif. La greffe ovarienne permettait, en effet, d'espérer que l'on restituerait, en cas de lésion, la fonction de la glande interne, sinon la faculté procréatrice elle-même. M. Morris entrevoit cette restitution, même après la ménopause, peu soucieux, à ce qu'il semble, de la gravité évidente qui s'attacherait à un tel acte, en opposition avec des lois naturelles. Mais ces conceptions paraissent ruinées par les simples faits que nous venons de citer.

A. Benoît.

Fistules vésico-vaginales traitées avec succès par la méthode du dédoublement, par Acquaviva (*Marseille médical*, 1er octobre 1907). — Les fistules vésico-vaginales compliquent parfois la laparotomie ; c'est ce que l'auteur a observé dans deux cas sur une centaine de laparotomies.

Deux ans après l'accident dans un cas, trois mois après dans l'autre, il pratiqua l'avivement et le dédoublement, opération assez laborieuse, qui obligea à dépasser les limites de la fistule. La muqueuse vésicale a été suturée pour plus de précaution. Une condition de la réussite, c'est d'obtenir de larges lambeaux non tiraillés par la suture, sinon les fils coupent et la récidive est à peu près certaine.

L'auteur a publié ces deux observations parce qu'elles montrent qu'une ouverture de la vessie pourrait passer inaperçue, si on n'a pas la précaution de faire de parti pris à la fin de chaque intervention paravésicale, une injection dans la vessie afin d'en reconnaître l'intégrité. Il recommande enfin, de couper les fils très longs, afin de n'être pas exposé à en laisser.

L. JUMON.

Contribution expérimentale à l'étude de l'action de l'yohimbine sur l'appareil génital féminin, par DAELS (*Berl. klin. Wochenschrift*, 21 octobre 1907). — Les expériences de l'auteur démontrent que, chez la chienne, ce médicament est capable de congestionner à ce point les organes génitaux qu'on peut provoquer l'apparition d'un écoulement menstruel avec phénomènes d'excitation. Chez des chiennes très jeunes, dont l'activité sexuelle ne s'était pas encore manifestée, on obtint une action accessoire caractérisée par une congestion intense de l'intestin.

Il résulte de ces recherches que l'yohimbine ne convient pas au traitement de l'aménorrhée ou des troubles de la ménopause. Ce médicament, dont le maniement peut d'ailleurs être dangereux, doit être réservé aux cas où l'on cherche à augmenter une ménorragie déjà en cours, mais insuffisante.

E. VOGT.

Du bleu de méthylène comme topique des bouts de sein, par DRESCH (*Gaz. méd. de Paris*, 15 octobre 1907). — L'auteur recommande le traitement suivant, pour prévenir et guérir les gerçures du sein. On fait laver la bouche de l'enfant et les bouts de sein avec une solution tiède de bicarbonate de soude à 2 p. 100, puis on applique sur les mamelons, au pinceau, une solution de bleu de méthylène à 3 p. 100. Le bleu est anesthésique et kératinisant, et l'enfant ne manifeste aucun dégoût et ne souffre en aucune façon. Les urines ne teignent même pas les langes. Il est bon de faire l'application immédiatement après la têtée, quand le bout présente encore le maximum d'érectilité.

E. VOGT.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de la coqueluche, par REYHER (*Therap. Monatshefte*, octobre 1907). — L'auteur a pu constater que le coqueluchéux se trouve mieux du séjour à l'air libre, à condition que la température ne soit pas trop basse et que le degré hygrométrique soit peu élevé. Il faut tenir compte de ces faits quand on recommande un changement de résidence. On peut du reste organiser, le plus souvent, le séjour dans deux chambres, dont l'une est largement ventilée pendant que l'autre est occupée par le malade : l'une servira pour le jour, l'autre pour la nuit.

Dans l'alimentation, on évitera les gâteaux secs et les mets trop épicés ou acides, et l'on donnera à manger à nouveau à l'enfant qui vomit ses aliments, dès que le vomissement a cessé. Les aliments contiendront beaucoup de calories (crème, jaune d'œuf sucré, etc.).

En dehors de la quinine, de l'euquinine, les médicaments nouveaux préconisés ne paraissent guère mériter les éloges dont on les a comblés : l'auteur leur préfère la prescription suivante (adolescents) :

Infusion d'ipéca.....	0,5 gr./180 gr.
Extrait de belladone.....	0,08 gr.
Bromure de sodium.....	2 à 4 gr.
Sirop de guimauve (Ph. Germ.) ad.	200 gr.

Une cuillerée à entremets toutes les trois heures.

Cette potion réussit surtout au début du stade convulsif.

E. VOGT.

Action du créosotal dans les affections broncho-pulmonaires non tuberculeuses du premier âge, par JOHN (*Therap. Monatshefte*, octobre 1907). — Dans une centaine de cas de broncho-pneumonie et affections analogues, à étiologie et à marche diverses, le créosotal à hautes doses a présenté une action spécifique pour ainsi dire. Les doses journalières furent :

Jusqu'à 1 an..... ..	1 gr. 1/2
De 1 à 2 ans.....	2 gr.
» 2 à 4 »	2 gr. 1/2
» 4 à 6 »	3 gr.
» 6 à 10 »	3 gr. 1/2

Quand les accidents graves ont été jugu-

lés, on peut diminuer les doses qui seront longtemps continuées.

Administré dans du sirop de framboises, le remède est bien accepté et ne provoque aucun trouble digestif. Les urines prennent une teinte verdâtre, sans que les reins soient irrités.

La fièvre diminue rapidement, l'état général se relève : l'état local se modifie au bout de peu de temps et la respiration redevient normale.

Dans les catarrhes chroniques apyrétiques des rachitiques et des anémiques, les effets sont beaucoup moins marqués.

Sur 100 cas, il n'y eut que deux décès chez des enfants présentant déjà un état désespéré au début du traitement.

E. Vogt.

Le lait cru dans l'alimentation du nourrisson, par Finkelstein (*Therap. Monatshefte*, octobre 1907). — L'auteur fait remarquer que si l'industrie nous permet d'obtenir aujourd'hui du lait cru stérile, possédant sur le lait bouilli l'avantage de conserver tous ses ferments, il n'en résulte pas un grand avantage pour l'alimentation des nourrissons : la mortalité de ces derniers est surtout élevée dans la classe pauvre, et ces sortes de lait sont chères. Il faut du reste avant tout démontrer que les avantages du lait cru sont assez grands pour mériter un effort dans le sens de cette alimentation.

On constate en premier lieu que chez l'animal, le lait bouilli est mieux supporté que le lait cru provenant d'une autre espèce.

On sait d'un autre côté que le lait de femme bouilli constitue un aliment bien inférieur, pour le nourrisson, au lait de femme cru.

Pour comparer les résultats que donne le lait de vache, l'auteur a fait une série d'expériences en administrant à 12 enfants normaux, par périodes, du lait cru ou stérilisé de provenance toujours la même : des expériences analogues furent instituées sur des enfants atrophiques et d'autres ayant des troubles digestifs aigus.

L'examen des chiffres démontre qu'on ne peut établir aucune différence entre les résultats des deux séries.

Reste la question de la maladie de Barlow, due, prétend-on, à l'abus du lait stérilisé. La question semble loin d'être résolue, car cette affection ne se montre pas avec le même degré de fréquence dans tous les pays où le lait stérilisé est employé.

En résumé, l'auteur ne croit pas qu'en perfectionnant les conditions d'administration du lait de vache cru, on parvienne à faire faire un grand progrès à l'alimentation du premier âge.

E. Vogt.

Traitement de l'appendicite chez les enfants, par F. House (*The Cleveland med. J.*, oct. 1907). — La mortalité dans l'appendicite résulte de l'extension de l'infection de l'appendice au péritoine ou d'une infection générale de même cause. On peut prévenir l'extension de cette infection en enlevant l'appendice pendant que la matière infectieuse est encore confinée dans cet organe. Une opération précoce est donc conservatrice plutôt qu'un procédé radical.

Malheureusement pour beaucoup de raisons cette pratique ne peut pas toujours être suivie, et beaucoup de cas arrivent au chirurgien après la première période de la maladie, de sorte que l'opération immédiate ne donne pas toujours les résultats désirés. Or l'intervention doit, d'après l'auteur, être particulièrement précoce chez les enfants. Une simple inflammation le matin devient ulcéreuse la nuit et perforante ou gangreneuse avant le lendemain matin. Il est difficile de prévoir après une légère attaque d'appendicite le retour d'une nouvelle attaque qui sera légère ou dangereuse. L'avenir, quelle que soit cette première atteinte, reste incertain, d'autant plus qu'il n'existe pas ici de traitement médical sûr.

La question de l'opération dans ces cas de retour des attaques ne souffre pas de difficultés, car la récidive montre que la cause subsiste et que le danger persiste. La seule ressource est d'enlever l'appendice sitôt que le diagnostic est posé, le pronostic opératoire étant d'autant plus sérieux que le retard à opérer a été plus long.

L. Jumon.

Traitement des hémorroïdes chez les enfants par le massage, (*Journ. de méd. de Paris*, n° 36, 8 sept. 1907, p. 348). — Les hémorroïdes, chez les enfants, sont souvent dues à la constipation. M. Hippins, médecin russe, propose, pour traiter les hémorroïdes, une méthode nouvelle : il associe le massage de l'abdomen à celui des varices du rectum.

Il conseille de procéder ainsi : masser d'abord l'abdomen, introduire ensuite le doigt enduit de vaseline dans le rectum, puis pratiquer sur les tumeurs hémorroïdaires des frictions circulaires douces et des effleurages dirigés de bas en haut. Répéter quotidiennement ou tous les deux jours les séances de massage; les faire durer une minute d'abord, puis progressivement trois minutes.

Dès la troisième ou quatrième séance, les douleurs qui accompagnent la défécation s'amendent, les phlébectasies diminuent de volume. La constipation elle-même céderait au bout de deux ou trois semaines de traitement.

PIERRE SÉE.

Potions anesthésiques contre le spasme pylorique des jeunes enfants, d'après M. FINIZIO (*Journ. de méd. de Paris*, n° 30, 28 juillet 1907, p. 287).

Donner, après chaque repas, une cuillerée à café de la potion.

Acétate de soude	0 gr. 50
Eau redistillée de laurier-cerise	X gouttes.
Sirop de mauve	12 gr.
Infusion de camomille	70 gr.

ou bien :

Carbonate de magnésie	4 gr.
Teinture d'opium	V gouttes.
Sirop d'althæa	30 gr.
Eau distillée	70 gr.

PIERRE SÉE.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Saint-Louis. — M. Hallopeau a repris ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques le jeudi 17 octobre à 8 heures. Il les continuera tous les jeudis à la même heure.

Hôtel-Dieu. — Le professeur Brissaud reprendra ses leçons de consultation des maladies nerveuses le mercredi 23 octobre à neuf heures dans le salon de la salle Sainte-Madeleine, et les continuera tous les mercredis à la même heure.

Saint-Antoine. — Pendant le semestre d'hiver; à partir du 5 novembre, M. Mathieu, aidé de ses assistants, fera une série de conférences : ces leçons auront lieu aux jours et heures indiqués ci-dessous, dans le service de la consultation (20, rue de Citeaux).

Le mardi à 10 heures : examen des malades de la consultation externe, par M. Mathieu Le mercredi, à 10 heures et demie : conférence de M. J.-Ch. Roux. Le jeudi, à 10 heures et demie : conférence de M. Mathieu. Le vendredi, à 10 heures, conférence de M. Laboulais, sur les méthodes d'exploration gastro-intestinale, ou de M. Moutier, sur l'anatomie pathologique de l'appareil digestif. Le lundi à 10 heures : visite dans la salle Chomel : conférence et présentation de malades.

Saint-Antoine — *Enseignement pratique de maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx.* — Service du Dr LERMOYEZ. Ce cours sera fait sous la direction de M. Lermoyez, par MM. Hautant et Paul Laurens à partir du 11 novembre. Il aura lieu tous les jours à heures et demie du matin et sera complet en 30 leçons. Nombre de places limité. S'inscrire auprès du Dr Paul Laurens, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine (à l'hôpital).

Association internationale d'urologie. — Une Assemblée générale des délégués de presque toutes les nations d'Europe et d'Amérique a eu lieu à l'hôpital Necker, sous la présidence du professeur Albarran. Elle a décidé la constitution d'une Association internationale d'Urologie dont les bases sont à peu près les mêmes que celles de la Société internationale de Chirurgie. Elle doit se réunir en Congrès tous les trois ans, ne comprendre qu'un nombre très limité de membres pour chaque nation et ne discuter que des questions mises à l'ordre du jour. Le premier Congrès aura lieu à Paris pendant la première semaine d'octobre 1908.

Le bureau du Comité permanent de l'Association est le suivant :

Président : M. le professeur Guyon (Paris).

Vice-présidents : M. le professeur Harrison (Londres); M. le professeur Israël (Berlin).

Secrétaire-général : M. Desnos (Paris)

Trésorier : M. Pasteau (Paris).

Le bureau du Congrès de 1908 est composé ainsi :

Président : M. le professeur Albarran (Paris).

Vice-présidents : M. le professeur Posner (Berlin); M. le professeur Watson (Boston).

Ecole pratique d'odontologie et de stomatologie. — *Enseignement spécial de la chirurgie dentaire réservé aux docteurs en médecine.* L'enseignement est divisé en trois parties :

I. Travaux pratiques sur fantôme;

II. Travaux pratiques de prothèse au laboratoire;

III. Clinique de dentisterie opératoire et de prothèse.

Le cours a une durée minimum de six mois avec facilité de prolongation, à la volonté de l'élève.

Les malades admis à la Clinique de l'Ecole reçoivent gratuitement les soins et appareils, ce qui assure une application pratique très suffisante pour accomplir toutes les opérations courantes de la chirurgie dentaire.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Siffre, 97, boulevard Saint-Michel, de 1 heure à 2 heures, Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Neurasthénie. Les vrais et les faux neurasthéniques, par le Dr Béni-Barde, 1 volume grand in-8° de LXV-435 pages. (Masson et Cie, éditeurs.) 8 francs.

Après avoir fait connaître les nombreuses causes qui produisent la neurasthénie, ses symptômes fondamentaux, ses localisations dans les divers appareils de l'organisme et le rôle important que joue l'hydrothérapie dans son traitement, l'auteur cherche à établir que les manifestations de la maladie de Beard se présentent sous trois formes caractérisées : 1° la forme essentielle que nous connaissons tous; 2° la forme qu'il désigne sous le nom de périphérique ou réflexe; 3° la forme prodromique ou symptomatique — Il dévoile ensuite les diverses relations de la neurasthénie avec la plupart de nos maladies. Cette révélation paraît être le but principal qu'il a visé en écrivant ce livre. La constatation de ces affinités fournit de précieuses indications sur le mode d'emploi de l'hydrothérapie dans la neurasthénie, quand cette névrose est associée à une maladie générale ou locale, organique ou fonctionnelle. C'est ainsi qu'il nous apprend comme il convient d'appliquer l'hydrothérapie aux neurasthéniques atteints d'une affection du cœur, du tube digestif, de la diathèse arthritique, etc.

Le Dr Béni-Barde analyse ensuite les théories pathogéniques de la neurasthénie, sans oublier celle qui semble avoir ses préférences. Puis, dans un résumé très explicite, il signale les applications hydrothérapiques qui conviennent à toutes les formes de la neurasthénie, montre que cette méthode curative fait bon ménage avec la plupart des médications employées contre la maladie de Beard; mais il se hâte d'ajouter qu'associée à la psychothérapie elle constitue un concordat thérapeutique qui est, selon lui, le traitement anti-neurasthénique le plus salutaire et le plus triomphant.

Précis des examens de laboratoire employés en clinique, par L. Bard, professeur de clinique médicale à l'Université de Genève, correspondant de l'Académie de médecine de Paris, avec la collaboration de G. Humbert et H. Mallet, anciens chefs de clinique médicale, médecins adjoints de l'hôpital cantonal de Genève. 1 vol. in-8°, de la *Collection de Précis médicaux*, de XX-627 pages avec 138 figures en noir et en couleurs, cartonné toile (Masson et Cie, éditeurs)..... 9 fr.

Les progrès des sciences médicales ont considérablement étendu, au cours de ces dernières années, le champ des examens de laboratoire appliqués aux études cliniques et même à la médecine pratique. Indispensable à tous ceux qui veulent entreprendre des recherches scientifiques, leur connaissance s'impose aux praticiens, tous devant être à même de les utiliser dans la mesure où le comporte l'intérêt des malades qui se confient à leurs soins. Mais il est difficile aux praticiens et aux étudiants d'aller chercher les différentes méthodes d'investigation clinique dans les monographies particulières et dans les ouvrages spéciaux où elles se trouvent dispersées; c'est pour leur faciliter cette tâche que M. Bard a réuni, dans un seul *Précis*, les multiples examens de laboratoire nés de l'application à la médecine des sciences diverses qui lui ont apporté leur collaboration fréquente. Il a été rédigé avec la préoccupation dominante des intérêts cliniques, et ce point de vue est seul entré en ligne de compte ou aussi bien dans les divisions adoptées et dans le groupement des matières, que dans le choix à faire entre les diverses méthodes qui ont été proposées. Ce nouvel ouvrage constitue donc le manuel des laboratoires de clinique; il s'adresse aux médecins et aux assistants des services hospitaliers, aux étudiants avancés comme aux médecins praticiens, dans la mesure où les uns et les autres ne demandent aux examens scientifiques que d'être les adjuvants de la médecine et de la pratique.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Audition et phonation chez les sourds-muets, par le Dr MARAGE. — Les établissements des sourds-muets divisent leurs élèves en demi-sourds et sourds complets. M. Marage a montré, au moyen de la sirène à voyelles, que le problème est beaucoup plus complexe ; à proprement parler, il n'y a pas de sourds complets et on retrouve toujours, si on sait les chercher, certains restes d'audition, mais les sujets présentent souvent des lésions plus ou moins graves des centres cérébraux.

Quel que soit son degré de surdité, un sourd-muet est susceptible d'amélioration si il peut répéter ce qu'il entend; d'autres sujets, au contraire qui, au premier abord, semblent très peu sourds, sont absolument incurables.

Un simple examen, avec ses instruments, permet à M. Marage de classer les élèves en trois catégories : ceux qui pourront arriver à entendre et à parler presque comme tout le monde; ceux qui n'arriveront à entendre que la musique, et enfin ceux, très rares, qui sont absolument incurables.

Nombreuses sont les expériences que M. Marage a faites sur ce sujet depuis huit ans : les résultats ont toujours été concordants.

M. Marage présente aujourd'hui, à l'Académie, des sourds-muets qui, au mois de juin dernier, ont suivi pendant six semaines les exercices acoustiques faits avec la sirène à voyelles.

Ces enfants, âgés de onze à quatorze ans, non seulement entendent et comprennent le français, mais encore leur voix se modifie peu à peu et ils commencent à perdre ce timbre si désagréable que l'on n'oublie jamais quand on l'a une fois entendu.

Les expériences de l'auteur prouvent que l'on peut, sans aucune fatigue pour les professeurs, développer rapidement chez les sourds-muets ce qui reste d'audition et apporter ainsi une aide puissante à des éducateurs dont le rôle n'est pas toujours des plus faciles.

Développement de l'énergie de la voix au moyen des exercices respiratoires, par M. le Dr MARAGE. — L'énergie de la voix étant donnée par le produit V H, du volume V d'air qui s'échappe des poumons sous une pression H, il s'agit, pour un chanteur ou un orateur, d'augmenter ces deux quantités.

Dans une note présentée à l'Institut, par M. d'Arsonval, M. le Dr Marage indique les moyens qui permettent de développer la première de ces quantités, le volume d'air.

Il s'agit, par des exercices simples, de développer la capacité thoracique.

On connaît la poitrine étroite des enfants élevés dans les villes : la plupart d'entre eux ne savent pas respirer, les sommets des poumons ne fonctionnent pas, et c'est là, comme on le sait, que se développe la tuberculose.

M. le Dr Marage indique trois exercices choisis parmi ceux qu'emploie la gymnastique qui, répétés chaque jour pendant dix minutes, suffisent pour ramener, en quelques semaines, la cage thoracique à son volume normal; des schémas très simples permettent de les apprendre en quelques instants.

Ces exercices ont encore l'avantage de donner de la tonicité aux muscles de la paroi abdominale ; ils font disparaître rapidement le gros ventre à forme ovoïde que l'on rencontre si souvent chez les adultes. Chaque semaine on mesure le tour de poitrine et le volume d'air expiré ; et, comme des tables indiquent la relation qui doit exister entre la taille du sujet, son poids et les deux mesures précédentes, on peut diriger les exercices de manière à obtenir le maximum d'effet utile.

La naphtaline est un poison du globule sanguin. *Etude expérimentale*, par MM. J. Gaube (du Gers) et J. Tribot. — Trois molécules de naphtaline donnent une molécule de naphtol A et une molécule de naphtol B, plus une molécule de benzène, quatre molécules d'oxyde de carbone et de l'eau, lorsque la naphtaline est introduite dans l'organisme soit par les voies digestives, soit par les voies respiratoires.

Les vapeurs de naphtaline sont un poison du globule sanguin, par l'oxyde de carbone auquel elles donnent naissance, comme le démontrent les expériences de MM. J. Gaube (du Gers) et J. Tribot.

Les vapeurs de naphtaline réalisent le type de l'asphyxie lente chez les animaux, asphyxie d'autant plus dangereuse qu'elle est lente à se produire et que ses effets sont longs à se dissiper.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

EN COURS DE PUBLICATION

MANUEL D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

PAR

V. CORNIL
Professeur à la Faculté de médecine,
Membre de l'Académie de médecine.

ET

L. RANVIER
Professeur au Collège de France,
Membre de l'Institut et de l'Acad. de médecine.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

A. BRAULT
Médecin de l'hôpital Lariboisière,
Chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Boucicaut.

TROISIÈME ÉDITION ENTIÈREMENT REFONDUE

Vient de paraître :

Tome III, par MM. Gombault, Nageotte, A. Riche, Durante, R. Marie, Fernand Bezançon, Legry. — *Système nerveux central (cerveau et moelle épinière. — Nerfs. — Cœur et vaisseaux. — Rate. — Ganglion lymphatique. — Larynx).* 1 fort volume grand in-8° avec gravures en noir et en couleurs..... **35** fr.

Précédemment publiés :

Tome I, par MM. Cornil, Ranvier, Brault, Fernand Bezançon, Maurice Cazin. *Généralités sur l'histologie normale. — Cellules et tissus normaux. — Généralités sur l'histologie pathologique. — Altérations des cellules et des tissus. — Des inflammations. — Des tumeurs. — Notions élémentaires sur les bactéries. — Lésions des os et des tissus cartilagineux. — Anatomie pathologique des articulations. — Des altérations du tissu conjonctif. — Lésions des membranes séreuses.* — 1 fort volume grand in-8°, avec 369 grav. en noir et en couleurs..... **25** fr.

Tome II, par MM. Durante, Jolly, Dominici, Gombault et Philippe. — *Muscles. — Sang et hématopoïèse. — Cerveau. — Moelle.* 1 fort volume grand in-8°, avec 202 gravures en noir et en couleurs..... **25** fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les traitements « en retard »,

Par le Professeur ALFRED FOURNIER,
membre de l'Académie de médecine.

LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE CONSERVE-T-IL, A LOINTAINE ÉCHÉANCE, SA DOUBLE ACTION CURATIVE ET PRÉVENTIVE?

Une question se présente, ou plutôt nous est imposée par les malades (1).

Il arrive souvent — bien plus souvent surtout depuis qu'une certaine vulgarisation des choses de la syphilis s'est faite dans le public — que des sujets syphilitiques restés longtemps indifférents à leur maladie s'en inquiètent *sur le tard* et viennent sur le tard réclamer du médecin une sauvegarde contre des éventualités qu'ils avaient dédaignées jusqu'alors. C'est ainsi que maintes fois depuis quelques années j'ai reçu dans mon cabinet la visite de clients qui m'abordaient par le discours suivant :

« Docteur, j'ai eu la syphilis quand j'étais jeune, et il y a déjà longtemps de cela (par exemple, suivant les cas, 15, 20, 25 ans). Sans doute je m'en suis traité, mais comme on se traite quand on est jeune, c'est-à-dire légèrement, irrégulièrement, de bric et de broc, et le moins longtemps possible. Cependant, je n'ai pas eu trop à me plaindre de la maladie, puisqu'elle m'a laissé tranquille depuis lors. Mais aujourd'hui je sais ce qui en est ; je sais qu'on n'en a jamais fini avec elle et qu'elle peut revenir au moment où l'on s'y attend le moins ; on dit même qu'elle peut produire des choses affreuses, des gommes, des caries d'os, le ramollissement, l'ataxie, la folie des grandeurs, le gâtisme, etc. Or, aujourd'hui que j'ai charge d'âmes, femmes et enfants, je n'ai pas envie que pareilles choses m'arrivent, car vous voyez le tableau et les conséquences. Donc, je viens vous demander, monsieur le docteur, s'il y a quelque chose à faire pour me mettre à l'abri de telles éventualités, et je suis bien décidé, dans ce but, à suivre absolument les avis que vous allez me donner. »

D'autres fois et assez souvent ces traitements tardifs ont une autre visée. Des « malheurs » sont arrivés dans une famille, à savoir une fausse couche, plusieurs fausses couches, une mort d'enfant, des morts d'enfants. Le mari s'est alors interrogé et rappelé une ancienne syphilis à laquelle il ne songeait plus. Il a consulté un médecin qui l'a confirmé dans ses soupçons en l'engageant à se traiter, et c'est en ce traitement, quoique tardif — et parfois très tardif — qu'il place l'espoir d'une paternité plus heureuse.

(1) *Pour en guérir*, par le professeur A. FOURNIER, brochure in-18°. Paris, 1907. Delagrave, éd.

Pour ces raisons et d'autres encore, le recours à des traitements *lointains* (laissez-moi qualifier ainsi ces traitements à terme tardif, à terme parfois très éloigné du début morbide) est souvent sollicité, réclamé de nous par certains malades. Or, que nous est-il possible d'attendre de tels traitements? Que nous est-il possible d'en attendre au double point de vue curatif et préventif? La question certes est d'importance et mérite examen. Nos clients mêmes d'ailleurs ne manquent guère de soulever de leur inspiration propre l'objection de circonstances, en ajoutant au discours que je viens de reproduire la réflexion que voici : « Croyez-vous, monsieur le docteur, *qu'il soit encore temps?* Est-ce que je n'arrive pas trop tard? A l'époque où j'en suis de la maladie, les remèdes agiront-ils encore sur moi, tout imprégné que je sois du poison depuis si longtemps? » Etc. — Ou bien encore : «... Croyez-vous qu'à si long terme le traitement puisse encore me rendre capable d'avoir des enfants viables et sains? »

Que répondre à cela? Ce qui est la vérité et ce que voici :

Besoin est de distinguer ici deux choses : l'effet curatif actuel et l'effet préventif.

Sur le premier, nul doute. L'effet curatif des deux grands agents spécifiques, mercure et iodure, se produit *à tout âge* de la maladie, aussi bien à une période lointaine, très lointaine, qu'à une époque rapprochée de son début. De cela j'aurais cent exemples à produire. J'en choisirai trois qui feront votre conviction parce qu'ils sont particulièrement significatifs. Dans ces trois cas des accidents importants se produisirent à termes très avancés de la période tertiaire, à savoir la 31e année pour le premier, la 40e et la 46e pour le second, la 52e et la 55e pour le troisième. Or, que devinrent ces accidents en face du traitement spécifique? Le voici en quelques mots.

Premier cas : Syphilis en 1844, constatée et traitée pendant six mois par M. le Dr Ricord (chancre induré, suivi de quelques légers accidents secondaires). — Absence de tout symptôme spécifique jusqu'à l'année 1875. — Je vois le malade en juillet 1875, affecté : 1° d'une syphilide tuberculo-crustacée aussi typique que possible, siégeant sur le front et l'un des avant-bras; — 2° d'une exostose légère du cinquième métacarpien droit, datant seulement de quelques jours; — 3° d'une petite tumeur gommeuse siégeant sous la peau du même avant-bras et grosse à peu près comme une noisette. — Traitement spécifique (pilules de protoiodure et iodure de potassium). Dix jours après, énorme modification des symptômes : l'exostose notamment n'est plus qu'à peine apparente et la gomme est aplanie. — Au dix-septième jour du traitement, l'éruption est passée à l'état maculeux. — Guérison achevée avec la fin de la 3e semaine.

Second cas : Syphilis à dix-huit ans, constatée et traitée par M. Ricord. Chancre induré, suivi de quelques accidents secondaires. — Douze ans plus tard, éruption, dont le diagnostic est relevé sur une ordonnance du même grand maître en les termes suivants : « Syphilide squameuse palmaire, et syphilide annulaire de l'avant-bras. » Nouveau traitement. — A cinquante-huit ans, le malade est repris d'une éruption pour laquelle il vient me consulter et qui est un type de syphilide

tuberculeuse sèche, siégeant sur les fesses et le cuir chevelu. — Traitement par le sirop de Gibert que le malade me dit « lui avoir toujours très bien réussi, et mieux que tout autre remède ». — Guérison rapide. — Six ans plus tard (donc quarante-six ans après le début de l'infection), nouvelle syphilide présentant le type de la syphilide tuberculeuse sèche de forme circinée. — Derechef, traitement par sirop de Gibert et disparition complète des accidents en un mois exactement.

Troisième cas : Un jeune homme de dix-sept ans contracte la syphilis (chancre suivi à bref délai d'éruptions cutanées et d'érosions buccales à répétitions). Il est traité en conséquence pendant plusieurs mois. Tout s'efface. — En dépit de la brièveté de ce traitement, il n'éprouve plus aucun accident de sa maladie jusqu'à l'âge de soixante-neuf ans. — A cette époque, il est affecté d'une « lésion du maxillaire inférieur » qui, examinée par plusieurs médecins, notamment par MM. Ricord, Nélaton et Demarquay, est considérée comme syphilitique et traitée comme telle. Il en guérit. — Finalement, trois ans plus tard (c'est-à-dire à soixante-douze ans, donc *cinquante-cinq ans au delà du chancre*, il vient me consulter pour une grosse tumeur qui s'est produite sur l'une des cuisses, latéralement, depuis quelques mois. Cette tumeur (dont j'ai longuement décrit les caractères dans une relation que j'en ai faite devant la Société des hôpitaux) (1), représentait assez exactement comme volume et comme forme générale la moitié d'une belle orange; elle était indolente, exempte de tout phénomène inflammatoire, consistante, mais sans dureté, manifestement adhérente à l'aponévrose crurale, etc. Bref, elle offrait tous les attributs d'une gomme, à cela près de son volume qui dépassait de beaucoup les moyennes habituelles des tumeurs de ce genre. Je l'attaquai donc par l'iodure de potassium aux doses quotidiennes de 3 à 5 grammes. Le résultat ne se fit pas attendre. Car huit jours ne s'étaient pas écoulés que déjà la tumeur avait subi un retrait notable; — trois semaines plus tard, elle était presque entièrement résorbée; — enfin, au bout de six semaines il n'en restait plus vestige!

Donc, c'est un fait acquis : Bien certainement le traitement spécifique conserve dans les phases avancées de la syphilis, voire les plus avancées, voire à distance d'un demi-siècle et plus du début morbide, l'action *curative* qui lui est dévolue dans un âge plus jeune de la maladie. Inutile d'insister sur ce premier point.

Mais conserve-t-il de même, ce traitement, son action *préventive?* En vérité, pourquoi supposer que cette action préventive se séparerait à long terme de l'action curative à laquelle elle est si habituellement connexe? *A priori*, on ne voit guère de raisons pour introduire l'hypothèse d'un tel divorce. Et, empiriquement, on n'a pas accusé, que je sache, le traitement de défaillances en ce sens. Tout au contraire, pour avoir eu l'occasion maintes fois de recourir à ces traitements de l'heure tardive, je les ai vus, comme règle, comme fait usuel, non pas seulement produire la guérison dans le présent, mais encore assurer l'immunité subséquente. Je ne dirai pas certes que ces traitements tardifs, ces « traitements

(1) Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1870.

de rattrapage », comme on les qualifie — et non sans quelque défiance — équivalent comme effets préventifs aux traitements inaugurés plus tôt, notamment à une époque jeune de la maladie ; mais, à coup sûr, ils ne sont pas sans valeur. Ils ne sont pas sans valeur alors même que, sans précédent de même ordre, ils inaugurent la défense thérapeutique de l'organisme ; pourquoi donc seraient-ils frappés d'impuissance quand ils sont complémentaires de médications antérieures ? Je crois en avoir tiré profit très utilement, quant à leur action préventive, en nombre de cas.

J'ajouterai, relativement à un point particulier qui préoccupe fort certains malades, que ces traitements tardifs ne sont pas moins propres à corriger les influences héréditaires. Je les ai vus maintes fois permettre à des ménages cruellement éprouvés par cette polymortalité infantile parfois si persistante de l'hérédo-syphilis d'avoir enfin des enfants viables et sains.

Enfin, au point de vue pratique il ne sera pas indifférent de noter ici que ces traitements d'une époque tardive sont généralement bien vus des malades et agréés par eux avec faveur parce qu'ils leur semblent logiques, voire qu'ils sont parfois sollicités, réclamés par certains d'entre eux. A preuve ces consultants spéciaux dont je parlais au début de ce chapitre ; à preuve aussi la pratique personnelle d'un certain nombre de médecins, qui conseillent à leurs clients, après terminaison de ce qu'on appelle « le traitement inaugural des premières années » de *revenir de temps à autre à la médication spécifique* sous telle ou telle forme. Je connais même plusieurs de nos confrères qui, affectés autrefois de syphilis, prêchent d'exemple sur ce point, en ce sens qu'après s'être convenablement traités dans les premières années de leur maladie, ils se sont ensuite soumis à une longue série de « cures préventives », cures tantôt mercurielles, tantôt et plus souvent iodurées, l'iodure constituant à leurs yeux (indûment, je crois) le remède par excellence de la syphilis dans ses étapes avancées. J'en citerai deux entre beaucoup d'autres. L'un, que j'ai eu pour élève, a pris la syphilis il y a vingt-deux ans, et depuis ce temps il n'a jamais abandonné complètement le traitement mercuriel, bien qu'indemne de tout accident depuis une vingtaine d'années. Au début, il a fait une série de cures mercurielles pendant quatre à cinq ans, et depuis lors il s'est astreint chaque année à ce qu'il appelle « sa cure », composée de ceci : 60 pilules de Dupuytren prises en un mois, à raison de deux par jour, puis un mois de traitement ioduré. — Un autre, médecin éminent (dont je regrette bien, en raison de sa haute autorité scientifique, d'être forcé de taire le nom), me disait textuellement ceci il y a quelques jours : « Voilà vingt-quatre ans que j'ai eu le malheur de contracter la syphilis. Les premières années, je me suis traité au mercure, puis à l'iodure, comme vous me l'aviez conseillé, et rien ne s'est plus reproduit. Mais, depuis lors je n'ai jamais cessé de me soumettre deux fois chaque année à l'iodure, et je continuerai de la sorte. Car, plus je vieillis dans la pratique, plus la conviction s'affermit en mon esprit, d'après ce que je vois, que la syphilis ne fait jamais que sommeiller dans l'organisme, toute prête à se réveiller à propos d'une provocation suffisante ; et, de par expérience, j'estime qu'il est

prudent de la tenir toujours en bride *par une série de cures annuelles*. D'ailleurs l'iodure n'a jamais fait de mal à personne, et la précaution ne peut avoir qu'un tort, c'est d'être superflue. Mais, loin d'être superflue, je la considère, moi, comme nécessaire, indispensable, et je la recommande à tous mes malades, comme je m'y astreins moi-même. »

Ledit collègue est-il dans le vrai? Il se trompe, je crois, quant à sa préférence pour l'iodure; mais que penser de sa doctrine comme fond? Il exagère, c'est encore bien certain. Mais n'y aurait-il pas avantage *à ne jamais oublier complètement la syphilis* et à placer encore quelques cures préventives dans ses étapes avancées, voire les plus avancées? Je n'oserais vraiment pas, pour ma part, et qui donc oserait dire? le contraire.

*
* *

Dernière remarque. Un point spécial fait l'intérêt de ces cures tardives et je ne veux pas l'oublier.

Ce n'est pas à titre curatif seulement que ces cures tardives ont leur place marquée dans le traitement des syphilis à manifestations tardives; c'est aussi bien à titre *préventif*. N'oublions pas en effet ceci, que m'a démontré une longue étude de l'évolution tertiaire, à savoir : qu'*un accident tertiaire est souvent le présage d'un autre accident de même ordre à échéance plus ou moins rapprochée* (1). Et cela est vrai à toute période de l'infection, voire à ses périodes les plus reculées. Ainsi, à ne parler pour l'instant que d'accidents d'étape reculée, par exemple d'accidents postérieurs à la *trentième* année, je trouve dans mes notes, et en nombre, des cas comme les quelques suivants :

Dans la trente et unième année d'une syphilis, exostose frontale, exostose tibiale et syphilide tuberculo-ulcéreuse sur une jambe; puis, l'année suivante, exostose cubitale.

A la trente-quatrième année d'une syphilis, syphilide tuberculeuse criblant le front et le cuir chevelu ; — puis, de même, à la trente-neuvième, syphilide tuberculeuse du cuir chevelu et des joues.

A la trente-cinquième année d'une syphilis, syphilide tuberculo-ulcéreuse des cuisses; — puis, à la trente-huitième, syphilide gommeuse du prépuce, suivie d'ulcération.

De même : à la trente-sixième année, syphilide tuberculeuse sèche, en larges îlots disséminés; — guérison ; — puis, à la trente-huitième année, syphilide de même ordre, disséminée sur les membres inférieurs, le dos et les avant-bras ; en plus, glossite tertiaire.

De même encore : à la quarantième année, syphilide tuberculeuse sèche, siégeant sur les fesses et le cuir chevelu; guérison. — Puis, à la quarante-sixième année, nouvelle syphilide de même ordre, mais de forme circinée.

Enfin, dans un cas déjà relaté précédemment, à la cinquante-deuxième année

(1) Je ne puis qu'énoncer ici ce point curieux, que j'ai longuement étudié dans mon *Traité de la syphilis* (t. II, p. 30).

d'une syphilis bien avérée, lésion osseuse du maxillaire inférieur, diagnostiquée syphilitique par un trio irrécusable, composé de MM. Ricord, Nélaton et Demarquay ; — puis, à la cinquante-cinquième année, grosse gomme de la cuisse, traitée par moi et guérie avec une rapidité tout à fait significative.

S'il en est ainsi, c'est assez dire qu'à toute période de l'infection et même dans ses phases les plus avancées, voire (comme dans le dernier cas cité) au delà d'un demi-siècle, l'invasion d'un accident tertiaire implique l'indication d'une intervention préventive en vue de conjurer l'imminence tertiaire dont cet accident peut être et n'est en réalité que trop fréquemment le présage.

Finalement, est-il besoin d'ajouter que ces traitements tardifs resteraient notre dernière et suprême ressource au cas d'impuissance démontrée des méthodes préventives anciennes ou nouvelles? Oui, s'il devenait évident que nous n'avons rien, au moins rien de certain, comme sauvegarde d'avenir, à attendre de ces méthodes préventives, force nous serait bien de chercher ailleurs le salut, et je ne vois pas quel plus sûr recours nous pourrions avoir qu'un système de cures tardives échelonnées sur le long parcours de la période tertiaire. Mais je n'insiste pas sur une éventualité de ce genre que nous n'avons pas, je l'espère, à envisager.

*
* *

Il n'est pas contestable que nos traitements actuels restent parfois insuffisants et laissent se produire, surtout à lointaines échéances, des manifestations graves de syphilis et, plus souvent encore, de parasyphilis.

Il y a donc obligation à chercher pour nos malades des garanties de prévention plus efficaces. Or, ces garanties, où les trouver?

Dans l'hygiène et la thérapeutique.

I. — Dans l'HYGIÈNE. — Deux exemples.

1° Le *cancer lingual* est irrécusablement, pour la très grande majorité des cas, un dérivé de la syphilis. Or, presque invariablement (107 fois sur 110), il ne se produit que par adjonction à sa cause première, la syphilis, d'une cause seconde, le tabagisme chronique. — De sorte que très légitimement on est autorisé à dire ceci: La suppression du tabac dans la syphilis aboutirait à la quasi-suppression du cancer lingual.

2° La statistique nous apprend que les dangers les plus fréquents de la syphilis et ses pires méfaits résident dans le système nerveux, et cela sous forme, par ordre de fréquence, d'encéphalopathies spécifiques, de tabès et de paralysie générale. — D'autre part, nous savons de par la clinique que tout le monde n'est pas égal, tant s'en faut, devant la syphilis nerveuse, que, bien au contraire, certains sujets y sont particulièrement prédisposés, voire quasi-prédestinés. — Eh bien, notre traitement actuel ne tient certes pas un compte suffisant de ces indications. Car, très vraisemblablement il y aurait d'heureux effets à attendre: 1° d'une *hygiène antinerveuse* ayant pour visée de soustraire les malades (et spécialement les « prédisposés » dont je parlais à l'instant) à toutes les causes d'excitation morbide du

système nerveux, à toutes les stimulations susceptibles d'appeler sur ce système les décharges de la diathèse; — 2° d'une *thérapeutique antinerveuse*, où l'hydrothérapie serait certes appelée à tenir un premier rôle. Agent tonique, reconstituant, modificateur de tout l'être, et spécialement régulateur des fonctions nerveuses, l'hydrothérapie a d'excellentes raisons pour être associée au mercure dans le traitement de la syphilis; peut-être même conviendrait-il de la prescrire systématiquement à tous les sujets syphilitiques.

II. — En second lieu, des garanties de préservation plus efficaces peuvent être espérées d'une *thérapeutique* mieux inspirée.

Puisque les statistiques s'accordent à démontrer que les accidents de la syphilis et, en particulier, ses pires accidents sont constamment en rapport inverse de fréquence avec l'importance et la durée du traitement spécifique, il est rationnel d'inférer de là que cette fréquence, déjà si fortement atténuée par les progrès de la thérapeutique contemporaine, s'abaisserait encore devant un traitement ou plus actif ou plus long ou mieux distribué. Que faire donc en ce sens?

Nous avons un tort, me semble-t-il. C'est de vouloir condenser, masser tout le traitement de la syphilis dans ses toutes premières années. En dépit de la longévité extrême dont nous la savons susceptible, nous entendons la guérir par un traitement *en bloc* qui ne dépasse pas la troisième ou la quatrième année, et nous entendons que dix, vingt, trente ans au delà, elle soit encore sous l'action du mercure que nous aurons administré dix, vingt, trente ans auparavant! Mauvaise stratégie. Prétention d'autant plus singulière que, d'autre part, nous tenons tous le mercure pour un préventif à portée limitée et simplement *provisoire*, pour un préventif ne conférant, à l'instar du vaccin, qu'une immunité temporaire. D'où, comme conséquence logique, nécessité, pour entretenir cette immunité, de *vaccinations mercurielles répétées à échéances plus ou moins distantes*.

A cette pratique défectueuse il conviendrait donc, je crois, de substituer la suivante:

1° Pour les trois premières années de la maladie, appliquer dans toute sa rigueur le traitement chronique intermittent, tel que je l'ai formulé dans ce qui précède. Et cela pour la raison suivante: c'est que le tertiarisme prend déjà dès la seconde année un fort élan ascensionnel de fréquence, et qu'il atteint son apogée (son apogée, qu'on remarque bien le mot) dans la troisième année. L'indication formelle est donc de *tenir les malades à cette période sous une forte influence mercurielle*.

2° Au delà de cette troisième ou quatrième année, la fréquence du tertiarisme diminuant rapidement, accorder un certain répit aux malades dans la double intention de ne pas les fatiguer par une mercurialisation assidue trop prolongée, et de ne pas produire une accoutumance au mercure susceptible d'émousser les vertus du remède.

3° Puis, dès la cinquième ou six année, se mettre en garde par une intervention nouvelle et énergique contre les deux grands fléaux de la parasyphilis, qu'il faut *prévenir* — (je dis *prévenir*) — à tout prix, *puisque nous ne savons pas les guérir*,

et qui s'appellent paralysie générale et tabès. C'est de la cinquième à la dixième année que l'un et l'autre atteignent leur fastigium de fréquence. Il y a donc là une *passe essentiellement périlleuse* pour les malades. Conséquemment, c'est à ce terme qu'il faut établir nos défenses. Et que peuvent être ces défenses, sinon des interventions itératives du sauveur habituel, le mercure?

Ces cures nouvelles de mercure, ces « cures de renforcement », comme je les ai appelées, quelles devraient-elles être pour répondre à ce que nous leur demandons? Je ne saurais le préciser encore. Je ne prétends pour l'instant qu'en poser le principe, en établir la nécessité. Quant au reste, c'est affaire d'empirisme clinique. Qu'on me laisse dire toutefois que ces cures de renforcement, je les voudrais à la fois *discrètes* et *énergiques* : discrètes, puisqu'elles ne sont que complémentaires, puisqu'elles ne constituent qu'une addition à un traitement principal accompli ; — énergiques, puisqu'elles ont pour mission de résister aux deux plus redoutables assauts de la maladie.

Pour répondre à cette double intention, je les ai instituées dans ma pratique: 1° *semestrielles*, et 2° composées chacune d'une *demi-douzaine d'injections d'huile grise*.

Enfin, il me paraîtrait prudent de prolonger ces cures de renforcement jusqu'à la dixième année.

Mais tout cela, je le répète, ne saurait encore être précisé ; tout cela reste soumis à des conditions multiples et variées.

Encore une fois je ne suis pas en mesure d'apporter dès aujourd'hui un programme de traitement complet et défini en tous ses points. Ce qui précède n'est qu'un projet, une ébauche, un plan de campagne, essentiellement modifiable suivant les résultats de l'observation clinique. Et je me borne pour l'instant à affirmer en principe ces deux points, à savoir: la nécessité d'un renforcement de notre thérapeutique préventive, et l'opportunité de cette intervention préventive dans l'étape morbide où se fait le plus habituellement l'entrée en scène des pires méfaits de la maladie.

Finalement, des circonstances particulières retardent parfois l'intervention thérapeutique à des périodes avancées de la maladie. Or, même à ces échéances lointaines de l'invasion morbide, le traitement spécifique conserve encore sa double action bienfaisante, curative et préventive à la fois.

Appareil pour certaines fractures de la rotule,

Par le Dr Marx (médecin de Saint-Lazare).

Pour les fractures transversales de la rotule, lors même que les fragments supérieurs et inférieurs sont eux-mêmes divisés en fragments multiples pour peu que l'écartement des fragments supérieurs et inférieurs soit assez facilement réductible,

nous avons imaginé un appareil facile à placer et qui nous a rendu de réels services.

Nous plaçons tout de suite le membre dans une gouttière plâtrée très épaisse remontant en haut au tiers supérieur de la cuisse ; en bas descendant à égale distance du creux poplité et de l'articulation tibiotarsienne. Cette gouttière s'arrête sur les côtés à 2 centimètres des bords rotuliens.

Nous la laissons sécher complètement et les bandes qui servent à l'appliquer fortement sur le membre servent en même temps à faire compression sur une ouate qui est placée sur la face antérieure du membre de façon à faire résorber l'épanchement qui se produit au siège de toute fracture et particulièrement dans les cas de fracture de la rotule.

Quand la gouttière est bien sèche, nous retirons les bandes et l'ouate et nous réduisons la fracture avec le bord externe des mains mises à plat sur le membre et rapprochant tout doucement par traction continue à plat les fragments l'un de l'autre.

Quand la réduction maxima est obtenue, nous plaçons tout autour du membre au-dessus du fragment supérieur et au-dessous de l'inférieur, deux rouleaux épais de gaze trempés dans un bain de plâtre délayé selon l'ancienne méthode.

Ces rouleaux ont été préparés d'avance et très serrés. Ils doivent avoir étant mouillés et serrés, 3 centimètres environ d'épaisseur.

Quand ces rouleaux sont placés, ils doivent, étant encore tout à fait humides, entourer complètement le membre et la gouttière, et la distance entre eux doit être moins grande sous la gouttière qu'en avant.

Avec les mains, nous cherchons à rapprocher ces rouleaux l'un de l'autre en avant du membre, tout en les comprimant bien, de façon à ce qu'aucun des fragmemts osseux ne puisse filer sous ces rouleaux, et quand nous jugeons que le rapprochement maximum est obtenu, nous laissons sécher les rouleaux, tout en les maintenant avec les mains jusqu'à dessiccation suffisante pour qu'ils adhèrent à la gouttière et qu'ils ne puissent s'écarter en avant.

Quand l'appareil est sec, nos fragments sont maintenus en contact en haut et en bas par nos rouleaux qui sont intimement soudés à la gouttière.

Il nous reste à les maintenir en contact dans le sens de l'épaisseur et latéralement. Notre gouttière étant épaisse, nous insinuons entre ses bords et les bords de la rotule reconstituée des rouleaux d'agaric de chêne et sur la face antérieure de la rotule, nous plaçons des rondelles d'agaric.

Des bandes de toiles maintiennent le tout en place. Si l'épanchement se résorbe difficilement, nous les remplaçons par des bandes de caoutchouc feuille anglaise. Dans ce cas, la gouttière empêche la compression des artères et veines et évite le gonflement du pied.

Les jours suivants, nous pouvons augmenter le rapprochement des fragments en insinuant de nouveaux rouleaux d'agaric entre nos rouleaux plâtrés inamovibles qui leur servent de points d'appui et les bords supérieurs et inférieurs de la rotule.

Cet appareil offre plusieurs avantages.

Il est facile à placer. Il permet la compression progressive. Il permet de surveiller facilement la peau et de corriger chaque jour au moyen de nouveaux rouleaux et plaques d'agaric tous les déplacements des fragments.

Il évite les griffes de Malgaigne et le cerclage. Il est très bien supporté par les malades.

Enfin, il permet de faire de la compression graduée tout en permettant le massage du triceps fémoral et les séances d'électricité sur ce muscle.

Nous publions ici trois observations de fractures traitées par cette méthode.

Observation I.

M. A..., rue Saint-Quentin, à Paris, à fait une chute dans un escalier. Vu de suite par nous et le Dr Mayard, il présente une fracture transversale de la rotule avec petit fragment latéral du fragment supérieur. Écartement 5 centimètres. Épanchement abondant.

Le membre est placé dans un appareil de fortune et le malade est transporté chez lui.

Le lendemain, nous plaçons l'appareil ci-dessus décrit. Le surlendemain, rouleaux plâtrés et compression. Écartement des fragments après première réduction, 1 centimètre.

Le troisième jour, nous plaçons des rouleaux d'agaric très serrés entre les rouleaux plâtrés et les fragments, ce qui réduit l'écartement jusqu'à frottement.

Le malade est revu par nous et le Dr Faure, chirurgien des hôpitaux, huit jours après.

Aucun changement n'est fait à l'appareil.

On fait du massage du triceps.

Le vingt et unième jour, nous enlevons l'appareil, et nous plaçons le membre sur un plan incliné.

Le vingt-huitième jour, nous commencerons les mouvements passifs et le massage de tout le membre.

Le trente-cinquième jour, le malade marche avec des cannes.

Guérison complète avec cal osseux sans claudication depuis trois ans.

Observation II.

M. U..., faubourg Poissonnière.

Habite à Chatou.

Tombe d'une échelle dans une salle de banque dont le parquet est ciré.

Fracture de la rotule transversale simple, écartement 6 centimètres, large épanchement.

Même traitement.

Guérison absolue, cal osseux, pas de claudication depuis cinq ans.

Observation III.

M. S. R..., à A. S.-et-O.

Tombe dans son jardin.

Fracture transversale de la rotule avec écartement de 4 centimètres.
Même traitement que les deux précédents.
Guérison absolue sans claudication, cal osseux depuis un an.

Trois cas de persistance de l'hymen quelques années après le mariage et après la grossesse dans la même famille,

Par le Dr Marx (médecin de Saint-Lazare).

Appelé en 1899 auprès d'une jeune femme, Mme V..., atteinte des symptômes de pyohémie avec accidents méningitiques, je fus conduit à pratiquer le toucher vaginal afin de me rendre compte s'il n'existait pas chez cette malade des lésions suppurées des annexes.

Je constatais avec stupéfaction que chez cette jeune femme l'hymen était intact. C'était un hymen annulaire très ferme avec petit orifice et très charnu. Je pratiquais le toucher rectal ainsi que j'en ai l'habitude chez les enfants et les adolescentes et je constatais que les annexes étaient indemnes.

La malade succomba au bout de quelques jours, et n'osant réveiller la douleur du mari ni exciter, chez cet homme à caractère très sombre et en même temps très emporté, une colère possible et inutile, je me gardais de lui poser des questions indiscrètes.

Il était marié depuis deux ans et, pendant deux ans, il avait dû pour éviter à sa jeune femme très timorée et très nerveuse des douleurs auxquelles elle avait dû chercher à se soustraire, il avait dû remplir ses devoirs conjugaux d'une façon illusoire.

Un an après la mort de sa première femme, il épousa la sœur de celle-ci.

Un an après ce second mariage, il me fit appeler auprès de sa jeune femme. Atteinte de douleurs abdominales très violentes, elle perdait par la vulve des liquides fétides, sales, épais, ressemblant aux écoulements qui accompagnent les fausses couches. Il existait en même temps un état fébrile accentué, des maux de tête violents.

J'interrogeai l'entourage et j'appris que la jeune femme n'avait pas vu ses menstrues depuis trois mois.

Je voulus pratiquer le toucher vaginal et là encore, comme chez la sœur, je me trouvai empêché par un hymen persistant, annulaire, charnu, avec un orifice central un peu distendu et laissant avec peine pénétrer le bout du petit doigt.

Mais ma surprise fut grande de sentir à travers cet hymen un corps dur donnant la sensation d'une partie fœtale.

L'état de la malade étant assez grave, je convoquais mes aides pour l'après-midi. Sous le chloroforme je dus inciser largement l'hymen au thermocautère et je pus avec une pince à faux germes débarrasser tout d'abord le vagin d'un fœtus de dix semaines et ensuite l'utérus du délivre qui, avec le fœtus, devait macérer depuis

quelques jours. Je terminai l'opération par un currettage à fond et un drainage de l'utérus.

Contrairement à ce que j'avais cru devoir faire la première fois, j'interrogeais le mari après la guérison de la patiente et je compris, à travers ses réticences, que mes suppositions étaient vraies. Ce brave homme avait fécondé sa femme, en procédant avec elle comme il avait procédé avec la sœur, c'est-à-dire, en esquissant l'acte du coït au lieu de le pratiquer dans les règles.

Mais, là où je fus le plus stupéfait, c'est quand j'appris de la bouche même de la mère de ces deux jeunes femmes qu'elle même s'était trouvée lors de son premier accouchement, dans une situation encore bien plus curieuse.

Cette dame (Mme M. S.) qui fut accouchée par le Dr Jacquemier, médecin de la Maternité, il y a environ trente ans, avait encore son hymen complètement intact lorsque Jacquemier l'accoucha.

Et dans la lettre que cette pauvre mère m'écrivit après l'opération de sa fille je vis encore que Jacquemier n'en fut pas très étonné, car, dit-elle, c'était le second cas de ce genre qu'il rencontrait depuis qu'il exerçait.

Il fut, paraît-il, obligé également de détruire l'hymen au thermocautère ou plutôt au cautère de l'époque afin de pouvoir terminer l'accouchement.

Ce qui est particulièrement curieux dans l'observation que je publie ici, ce n'est pas la persistance d'un hymen après deux ans de coït, ou après une fécondation, mais bien la corrélation qui existe entre ces trois cas observés dans une même famille. Il devait y avoir chez ces trois personnes une conformation particulière de l'hymen avec une résistance très grande de cette membrane très charnue, très épaisse chez toutes trois.

Ces trois cas similaires familiaux n'ont aucun rapport, je l'estime, avec ceux que nous allons citer dans un court historique de la question des hymens persistants.

Dans son étude « Attentat aux mœurs, 1898 », Thoinot, dans ses exceptions à la loi générale, parle des femmes déflorées qui gardent leur hymen intact.

Il est établi, dit-il, par de nombreux exemples de médecins légistes et accoucheurs français et étrangers :

1° Qu'une femme peut garder son hymen intact après un seul rapport accidentel violent ou consenti;

2° Qu'après des rapports sexuels réguliers, la femme peut arriver à l'accouchement avec son hymen intégral; qu'enfin l'hymen peut être intégral après l'accouchement.

Exemples :

A. — Cas de Chabert — fille violée une fois, accouche avec l'hymen intégral.

B. — Hymen persistant après rapports réguliers et accouchement. Cas de Casper. Traité de médecine légale, traduction.

Le Dr Saint-Clair, de Glasgow (*Med. Jour.*, 1873) publie l'observation d'une femme de quarante-trois ans, mariée vingt-deux ans, présentant un hymen fermé persistant et aussi l'observation d'une jeune femme de trente ans, mariée vingt ans, avec hymen intact, fermé, percé étroit, élastique et rebondissant.

Parent-Duchatelet cite des cas de prostituées avec hymen intact.

Taylor cite des cas de femmes prostituées depuis sept, huit et onze ans à hymen persistant. L'une, dit-il, avait un hymen dur et cartilagineux.

Baudelocque cite le cas d'une femme qu'il allait accoucher et dont l'hymen fut déchiré par la tête du fœtus.

Martinelli (1872) cite, dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, le cas d'une femme de trente ans, en travail, chez laquelle le fœtus poussait, à 3 centimètres de la vulve, un cul-de-sac biperforé. Cette femme était mariée depuis dix ans.

Budin (*Obstétrique et gynécologie*, de 1886, publiée chez O. Doin) dit qu'à la clinique d'accouchement il observa en trois mois sur 75 primipares 13 cas d'hymen intact à bords souples et sans déchirures laissant pénétrer sans obstacles 3 doigts.

Dastarac (thèse de 1890) publia 47 exemples d'hymen intact chez des femmes enceintes.

Stolz, de Strasbourg, a cité le cas d'une femme qui garda son hymen en forme de diaphragme lâche après son premier accouchement, mais qui le vit céder pendant le deuxième.

Budin cite, en 1879, une fille publique de vingt-deux ans, syphilitique, enceinte de sept mois qui, pendant cette première grossesse, gardait l'hymen intact. Elle accoucha à sept mois d'un fœtus mou, macéré et garda son hymen intact.

De toutes ces observations, il résulte ceci :

Premièrement, que, dans les cas de persistance de l'hymen, après la fécondation, celle-ci a pu se faire de deux façons : soit par la pénétration de la liqueur séminale à travers l'orifice de l'hymen dans un coït vestibulaire, soit après pénétration de la verge dans le canal vaginal sans rupture d'un hymen élastique ;

Deuxièmement que, même après grossesse et bien plus, même après l'accouchement, certains hymens, par leur élasticité, peuvent se laisser distendre pour reprendre ensuite leur apparence normale antérieure ;

Que le sort de l'hymen devant les rapports dépend donc de sa constitution anatomique.

On peut dire que ceux fournis de nombreuses plicatures, hymens à lambeaux, hymens à orifices larges, à bords bas, lâches, extensibles, laissent passer la verge sans se déchirer.

Ceux à petits orifices et fermes sont rompus.

Conclusion

Les trois observations que j'ai publiées plus haut entrent, pour la première, dans les cas de coït vestibulaire sans fécondation ;

Pour les deux autres, dans les cas de coït vestibulaire avec fécondation.

Mais je n'ai pu trouver dans aucune publication, et c'est ce qui fait l'intérêt de cette communication, 3 cas de persistance de l'hymen chez une mère et ses deux filles après quelques années de mariage pour toutes les trois et, pour deux d'entre elles, après fécondation et grossesse.

COMPTE RENDU

DES

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 19 novembre 1907.
Présidence de M. Saint-Yves-Ménard.

M. Catillon fait remarquer, à propos des injections intra-veineuses de strophantine, que le produit utilisé par M. Schwarz ne pourrait être, puisqu'il est amorphe, employé en France où l'on ne se sert que de strophantine cristallisée. Le produit amorphe est impur, puisqu'il produit de l'accumulation et détermine une augmentation de la diurèse très marquée : ces deux effets ne s'observent pas avec la strophantine cristallisée.

M. Rénon lit un travail sur l'*action du chlorure de calcium dans les albuminuries*. Dans un quart des cas traités, l'orateur a obtenu une disparition totale des accidents : un quart resta stationnaire, et dans quelques cas rares l'augmentation de l'abuminurie fut observée. Un malade, traité inutilement depuis trois ans par diverses méthodes, fut guéri en vingt-huit jours : les symptômes morbides ont disparu.

Il est impossible aujourd'hui d'expliquer cette variété des effets de la médication, car la nature de l'affection (aiguë, chronique, orthostatique, etc.), ne permet pas d'élucider le problème : dans tous ces groupes, on peut compter des guérisons et des insuccès.

Les doses à recommander sont de 0,10 gramme par jour pendant cinq à six jours : on augmente ensuite de 0,10 gramme pendant deux à trois jours, sans jamais dépasser 0,50 gramme. Il faut continuer pendant vingt-cinq à trente jours, car les effets sont parfois lents à se manifester.

M. Lemoine donne lecture d'un travail sur *le traitement de la tuberculose basé sur le pouvoir antitoxique du foie*. On sait que les maladies infectieuses sont moins graves quand le foie est sain, et que cet organe fournit des sécrétions antiputrides et élabore des antitoxines. Phisalix a montré que la cholestérine, considérée jusqu'alors comme un simple produit de désassimilation, neutralisait le venin des serpents. L'orateur a en conséquence pensé qu'en isolant de la bile des produits voisins de la cholestérine, privés de pigments biliaires, on obtiendrait une substance moins stable que la cholestérine, par conséquent plus efficace. En traitant le foie par l'éther de pétrole, par un procédé qui sera publié sous peu, il a obtenu un liquide qu'il nomme *paratoxine* : injectée à des cobayes tuberculisés la paratoxine a pu prolonger la vie des animaux en expérience jusqu'à cinquante ou

soixante jours, sans hyperthermie, alors que chez des sujets témoins et d'autres traités par la cholestérine, la mort survenait en vingt-cinq jours environ après des poussées hyperthermiques accentuées.

Les lésions tuberculeuses des animaux ayant reçu de la paratoxine étaient beaucoup moins marquées que celles constatées chez les animaux des deux autres séries: il y a eu une action d'arrêt, se manifestant par une résistance plus grande à l'infection.

Chez l'homme, la paratoxine donne aussi d'excellents résultats, surtout en injections intra-trachéales. L'appétit est rapidement amélioré, les sueurs nocturnes disparaissent, le poids augmente. Si ces effets se manifestent dès le début du traitement, l'amélioration est rapide. Chez les tuberculeux à la troisième période, les effets sont peu marqués : chez les autres, les bacilles peuvent disparaître des crachats.

La paratoxine n'exerce pas d'action sur les hémoptysies, mais elle semble les prévenir.

Localement, les injections intra-trachéales parviennent à guérir la tuberculose laryngée : à l'autopsie, on trouve des lésions cicatrisées dans les points que la paratoxine a pu attteindre. La cicatrisation s'obtient en trois à six semaines. La diarrhée des tuberculeux, si tenace, disparaît sous l'influence de la médication.

M. Lafay présente une *nouvelle préparation de calomel injectable.* Il est admis que le calomel est plus actif que l'huile grise, à dose égale de mercure, mais il est infiniment moins bien toléré. Or, si l'on augmente le pourcentage de la préparation au calomel, et qu'on choisit un mélange à 40 p. 100, on peut se contenter d'injecter à chaque fois 1/8e de centimètre cube et l'on pourra éviter les douleurs. L'orateur dispose jusqu'ici d'une statistique de 138 injections faites sans avoir provoqué aucun phénomène douloureux.

M. Bise lit un travail intitulé : *puériculture et morphinomanie.* En général, les morphinomanes présentent de l'aménorrhée ; si elles deviennent enceintes, la grossesse arrive rarement au terme normal, il y a avortement ou accouchement à terme d'un fœtus mort. Enfin, si l'enfant naît vivant, il meurt presque toujours en bas âge, car ils sont exposés à des accidents graves, dus à la suppression brusque de la morphine.

Pour obvier à ces accidents, il faut, lorsqu'une morphinomane devient enceinte, diminuer progressivement la quantité de morphine qu'elle absorbe chaque jour, et donner à l'enfant, aussitôt après la naissance, des préparations opiacées (laudanum de préférence), en quantités proportionnelles à la dose maternelle et à la gravité des accidents présentés par le nouveau-né.

Le lait contenant de la morphine, on ne peut nourrir à l'allaitement maternel.

M. le Pr Pouchet fait remarquer que chez une femme, prenant par exemple 1 gramme de morphine par jour, sans inconvénient grave, et capable de mener une grossesse à terme, les cellules doivent présenter un biologisme particulier, leur permettant de détruire une partie de l'alcaloïde ingéré. Il se passe là un phénomène analogue à celui qu'on observe chez les animaux ; on sait que ces derniers ne peuvent être rendus morphinomanes.

Erratum. — Dans le numéro du 15 novembre, il est parlé à deux reprises, page 769, de la *teinture de strophantus:* c'est *extrait de strophantus* qu'il faut lire.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,

Médecin des hôpitaux.

La pyocyanase comme prophylactique et moyen thérapeutique dans la diphtérie, par RUDOLF EMMERICH (*Münch. med. Woch.*, 5 nov. 1907). — Lorsqu'à 1 cc. d'une solution dialysée de pyocyanase et à 1 cc. d'une solution saline alimentaire dialysée de même taux on ajoute V gouttes de bouillon et des bacilles diphtériques d'une culture de Lœffler datant de 24 heures, les bacilles diphtériques succombent en masse et en très peu de temps. C'est cette expérience qui a été le point de la méthode de traitement de la diphtérie par la pyocyanase.

Le procédé consiste à pulvériser dans la gorge avec le pulvérisateur d'Escherich 3 à 4 cc. de pyocyanase le plus rapidement possible en répétant la manœuvre deux fois à 5 ou 10 minutes d'intervalle. Le processus diphtérique est d'autant plus vite arrêté que les pulvérisations sont plus fréquentes, soit 4 ou 5 fois dans le jour et plusieurs fois pendant la nuit, plus souvent dans les cas très graves.

C. Zucker de Gratz a ainsi traité exclusivement par la pyocyanase, sans sérum, des cas de diphtérie et est arrivé aux conclusions suivantes :

La fétidité de l'haleine a disparu en peu de temps.

La température s'est abaissée par ce traitement ou est tombée à la normale. Dans un cas elle est tombée de 40°1 à 37°2 en vingt-quatre heures. L'état général s'est relevé en peu de temps et au bout de deux jour de traitement, il était relativement très favorable.

Les fausses membranes de la gorge ont disparu assez rapidement le troisième ou le quatrième jour du traitement. La disparition de l'exsudat sous l'action de la pyocyanase se fait d'une façon aussi différente qu'avec le sérum anti-diphtérique. Avec la pyocyanase il se produit aussi une démarcation des fausses membranes, mais qui n'est pas suivie de leur chute ; les fausses membranes se fondent et se ratatinent, leur surface paraissant granuleuse et sèche. Cette fusion des fausses membranes s'est également observée dans 13 cas graves qui avaient été traités simultanément par le sérum spécifique.

Malgré les résultats obtenus, Pfaundler et Zucker insistent sur ce point que la pyocyanase ne doit pas être employée seule mais avec le sérum anti-diphtérique.

L. JUMON.

Gangrène spontanée de la jambe dans le cours de la fièvre typhoïde, par L. SPILLMANN (*Revue médicale de l'Est*, 1er nov. 1907). — Un cas de gangrène de la jambe au cours d'une convalescence de fièvre typhoïde a fourni l'occasion au Pr Spillmann d'étudier la symptomatologie et le traitement de cette complication. Cette symptomatologie est identique à celle des artérites oblitérantes qu'on peut observer dans le cours d'une foule d'infections, la rougeole, la variole, la scarlatine, l'érysipèle, la grippe, etc. Cette complication a son maximum de fréquence dans la fièvre typhoïde et dans la grippe.

Le traitement de la gangrène des membres se réduit à fort peu de chose. Dès l'apparition des premiers symptômes, il devient indispensable de laisser le membre au repos le plus complet, dans une gouttière.

L'enveloppement humide, tiède, réussit assez bien à calmer les phénomènes douloureux, de même que les grandes pulvérisations antiseptiques au permanganate ou

simplement à l'eau boriquée, permettent d'éviter les infections secondaires. Le permanganate est un bon désodorisant. Il faut éviter l'emploi de l'eau phéniquée. On peut aussi tenter l'emploi du collargol.

On a, jusqu'à présent, obtenu fort peu de résultat en essayant de limiter le foyer de gangrène par les injections modificatrices de créosote, de formol, de salol camphré.

En général, il faut se borner à attendre que la partie mortifiée se détache d'elle-même ou intervenir si la gravité des symptômes généraux fait craindre une issue fatale. Chez certains malades, l'amputation n'arrive pas à conjurer les accidents et on voit parfois des lambeaux se mortifier. Dans certains cas Severeanu avait employé avec succès, au cours de l'intervention, le cathétérisme pour rétablir leur perméabilité. Dans le cas de l'auteur, l'amputation coupa court aux accidents et la malade guérit.

L. Jumon.

Chirurgie générale.

Dr Benoît,

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de l'ostéomyélite aiguë (*Société de Chirurgie*, 2 oct. 1907). — Plusieurs faits signalés par MM. Delbet et Broca, semblant établir que l'incision simple des abcès sous-périostes suffit à arrêter dans leur évolution les accidents d'ostéomyélite aiguë, ne doit-on pas renoncer à ouvrir largement l'os par la trépanation dans tous les cas? MM. L. Championnière et Felizet répondent par l'affirmative. MM. Routier et Broca semblent plus véridiques, en affirmant que plusieurs cas légers doivent être simplement traités par les longues incisions et le grattage, car la trépanation viendrait sans aucun avantage, aggraver l'intervention, en risquant d'infecter la moelle osseuse. Si, l'os étant dénudé, on constate tous les signes de l'ostéomyélite profonde, on évacuera le pus que contient le canal médullaire par l'ouverture large de ce canal, car c'est le seul moyen à employer pour assurer la conservation du membre.

A. Benoît.

Luxations sous-astragaliennes, par MM. Baumgartner et Huguier (*Revue de Chirurgie*, nos 3, 4 et 5 1907). — Cette variété de luxations du pied est anciennement connue pour son *irréductibilité* fréquente. Aussi voit-on les médecins échouer dans leurs tentatives de réduction, même sous le chloroforme. Il faut se rappeler que dans ces luxations, ce sont les os du pied qui se déplacent *sous l'astragale*, astragale et jambe fixés. Le *pied sous-astragalien* seul s'est luxé; la saillie de la tête astragalienne n'est que secondaire à ce déplacement total des os qui l'emboîtent. On observe ces luxations du pied en avant, en arrière, en dehors et en dedans. Ces dernières, les plus typiques, donnent lieu à une déformation bien connue, dans laquelle la saillie de l'astragale tend à perforer la peau sur le dos du pied. Les auteurs donnent, avec d'excellentes figures, la description anatomique des différents cas qui peuvent se présenter, avec expériences à l'appui. Chute ou torsion du pied sont les causes habituelles. La réduction n'est pas absolument impossible sans intervention; mais certaines variétés, avec sphacèle imminent, imposent l'*astragalectomie* comme unique ressource. Les opérés marchent pour ainsi dire presque sans boiterie.

A. Benoît.

Traitement des luxations récidivantes des cartilages semi-lunaires du genou, par M. Dambrin (*Revue de Chirurgie*, n° 3, 1907). — On sait que certaines personnes sont prédisposées au déplacement des cartilages inter-articulaires du genou. Les lésions consistent surtout en des déchirures des insertions et en ruptures en sens divers du ménisque lui-même. Ces notions nous ont été acquises depuis que l'on s'est décidé à opérer, surtout dans les cas de récidive fréquente. Il arrive assez fréquemment que l'on soit assez heureux pour réduire ces luxations par de simples manœuvres. L'accident arrive presque toujours au cours d'un exercice violent, chez des sujets jeunes, par *torsion violente* du genou, ou par *chute*. Le genou est immobilisé en flexion, l'extension plus complète est absolument impossible. Il faut savoir que si l'on est appelé le lendemain du traumatisme, il est survenu un gonflement du genou susceptible de rendre le diagnostic malaisé. L'hémarthrose bien constatée serait plutôt en faveur de l'entorse simple. Mais les cas types, avec attitude bien tranchée en flexion, sont les plus fréquents. La *meniscite* ou simple pin-

cement se distingue par la douleur à la pression entre le bord interne du ligament rotulien et le ligament latéral, car c'est surtout *en dedans* que le lésion s'observe. Ce qu'il y a de plus essentiel, au point de vue chirurgical, c'est de traiter de même façon ces lésions associées, lorsqu'elles deviennent, par leur chronicité, une cause de gêne. Or, l'opération qui est indiquée dans ces cas est remarquable par sa bénignité. Aucun cas de mort n'a été relevé sur 122 faits réunis dans ce travail.

Un mot d'abord sur la *réduction manuelle* qui pourra être tentée en dehors de la récidive, mais qui est plutôt contre-indiquée dans les cas à récidive. Il est un procédé classique qui n'a pas varié : exagérer la flexion, faire de la torsion en sens contraire du traumatisme éprouvé, et étendre brusquement la jambe sur la cuisse. Essayer cette manœuvre plusieurs fois. Immobiliser pendant quinze jours et massage, avec port d'une genouillère. Les soins consécutifs peuvent, s'ils sont bien compris, amener la guérison définitive.

En cas de récidive, on doit faire l'arthrotomie, avec *fixation* (méniscopexie) ou *extirpation* (méniscectomie) du ménisque luxé. Annandale a donné les règles de la fixation, d'où le nom d'opération d'Annandale. L'*asepsie* absolue est naturellement de rigueur, avant, pendant et après l'intervention. L'anesthésie locale peut suffire, si le ménisque fait une saillie appréciable. Mais dans bien des cas l'anesthésie générale sera préférable. On fait l'*incision verticale*, soit en dedans, soit en dehors, en se tenant en avant des ligaments latéraux qu'il s'agit de respecter et en arrière du ligament rotulien. Le milieu de l'incision doit tomber sur l'interligne articulaire. Au besoin, le tracé en L conseillé par l'auteur, donnera plus de jour si l'on est gêné. On incise couche par couche, jusqu'à ce que la synoviale soit ouverte : on examine l'intérieur de l'articulation, la jambe étant maintenue fléchie. La *fixation*, quand il y a lieu, se fait en saisissant le ménisque avec le doigt et une pince, pour le remettre à sa place normale, où deux ou trois points aux *fils métalliques fins* le fixent au périoste de la tubérosité tibiale. L'*extirpation* peut être partielle ou totale. En fait, l'extirpation de l'extrémité postérieure est assez difficile à réaliser par une étroite ouverture. Parfois une portion décollée s'offre d'elle-même. On la réséquera avec les ciseaux en section oblique. Pas de lavage, ni de drainage. Suturer couche par couche, la synoviale seule au catgut. Immobilisation dans un large pansement stérilisé. Il est démontré que l'ablation d'un ménisque entier n'entrave pas le bon fonctionnement de l'articulation. Il semble même que le cartilage ait la faculté de se régénérer, comme certains faits le prouvent. Donner au traitement post-opératoire toute l'importance qu'il mérite.

A. Benoît.

De l'arthrotomie pour les traumatismes du genou, par le Dr Froidbise (*Annales et Bull. de la Soc. de méd. d'Anvers*, août, septembre, octobre 1907). — Dans cette communication l'auteur revoit les indications de cette opération en relatant quelques cas qu'il a observés récemment. Dans les plaies pénétrantes du genou, où l'infection est certaine, une large arthrotomie, un nettoyage parfait de l'articulation, suivi d'un drainage convenable, permettent de sauver la vie du blessé et de conserver un membre utile.

L'arthrotomie est souvent le seul moyen de rendre sa fonction au membre dans certaines fractures de la rotule, avec déchirure des ailerons, écart considérable des fragments et hémarthrose considérable. L'opération devient nécessaire lorsqu'il existe des fragments libres ou des esquilles. C'est ainsi que l'auteur, dans deux cas de fracture intra-articulaire a enlevé des fragments ostéo-cartilagineux libres dans l'articulation. La déchirure du tendon ou du ligament rotulien indique également l'arthrotomie, qui est pratiquée pour réparer les désordres de l'articulation.

Pour les arthrophytes proprement dits, l'indication d'une arthrotomie étendue n'est plus discutée afin de faire une épuration complète de l'article et extraire les corps étrangers.

Lorsqu'il y a un vaste épanchement sanguin, l'arthrotomie doit être préférée à la simple ponction évacuatrice. Elle permet de faire un lavage complet de la synoviale, de la débarrasser des caillots et de bien s'assurer qu'il n'existe aucune lésion à indication spéciale.

Dans l'arthrite séreuse la ponction évacuatrice est souvent suffisante ; cependant une arthrotomie avec drainage évitera la prolongation et la récidive de la maladie.

L'arthrite suppurée est justiciable de l'arthrotomie et du drainage.

L'opération doit être faite avec une asep-

sie minutieuse, comme pour une laparotomie, même en se servant de gants. Suivant les cas, on fera une simple incision verticale ou horizontale, ou deux incisions verticales avec ou sans contre-ponction postérieure ou en une incision à lambeau mettant tout l'article à nu.

L. JUMON.

L'opération tardive dans l'appendicite, par E. MENSEL (*Münch. med. Woch.*, 5 nov. 1907). — Quoique partisan convaincu de l'opération précoce dans l'appendicite, l'auteur a été souvent obligé d'opérer tardivement. Le diagnostic établi, il faut rechercher l'existence éventuelle de plusieurs abcès afin d'éviter toute surprise. On n'oubliera pas l'examen complet du rectum. Le pus est toujours enlevé avec un tampon porté au bout d'une pince ; ce nettoyage a lieu tant que le tampon est sali, jamais l'auteur ne lave. Si le nettoyage complet n'est pas possible de cette manière, la cavité se nettoie d'elle-même les jours suivants.

Le point principal est de tamponner complètement ; tout abcès est ainsi nettoyé dans toute sa profondeur. Puis on laisse en place une bande de gaze iodoformée chez les sujets jeunes, de la gaze stérilisée chez les malades âgés.

La plaie abdominale est suturée le moins possible. Les tampons ne doivent pas être changés trop tôt : ils sont laissés en place quatre à cinq jours ; dans les trois premiers jours leur changement est très douloureux pour les malades. Les pièces sus-jacentes du pansement sont seules changées.

Bien que le long séjour du tampon choque les idées sur l'asepsie, l'expérience montre que cette manière de faire n'est nullement nuisible. Parfois le foyer est très profond comme cela arrive dans la suppuration des trompes et il faut passer entre des anses intestinales saines ; cependant l'application du tampon réussit souvent très bien.

L'inconvénient du traitement ouvert de la suppuration abdominale est qu'on renonce en limitant la suture à empêcher la formation d'une hernie. Cependant on ne doit pas tenir compte de cette inconvénient quand il s'agit du pronostic de l'existence du malade. Si cette hernie se produit, l'opération n'a rien de dangereux et a toute chance de réussir. Dans la fermeture de la plaie c'est surtout la suture des muscles qui importe : il faut alors réunir le muscle sain avec le tissu musculaire sain et ne pas utiliser le bord musculaire qui est fixé par du tissu cicatriciel. L'opération secondaire de la hernie ne doit pas être faite trop tôt.

Sur 31 opérations tardives l'auteur a eu 4 cas de mort, par bronchopneumonie chez un alcoolique, 2 par abcès du foie non reconnus et par pyémie ; 1 cas opéré *in extremis* succomba bientôt après l'opération.

L. JUMON.

Indications générales de la radiothérapie dans les tumeurs malignes par BÉCLÈRE (*Arch. d'électr. médicale*, 10 octobre 1907). Nous nous contentons d'analyser ici le chapitre terminal du travail très complet de l'auteur :

En dehors de l'exérèse, la radiothérapie est le plus grand progrès qui ait été jusqu'à présent réalisé dans le traitement des tumeurs malignes : elle en constitue la médication spécifique puisqu'elle produit des guérisons et réalise des améliorations dont n'est capable aucun autre agent connu, parfois même dans des cas où le chirurgien est désarmé.

Le seul danger de cette médication est l'excès de dose, surtout sur une surface ulcérée et spécialement dans la cavité buccale. Bien dosée, la radiothérapie n'est jamais nuisible.

Malheureusement son action toute locale est une action lente qui ne s'étend en profondeur que jusqu'à une limite déterminée, très variable d'ailleurs suivant la sensibilité des éléments irradiés.

Les rayons de Röntgen seront dirigés, aussitôt après l'ablation d'un néoplasme, sur toute la surface de la plaie opératoire, pour compléter l'œuvre du bistouri, quand il n'aura pu enlever tout les tissus morbides. Alors, sans réunir les lèvres de la plaie, on la remplira de gaze stérilisée et les irradiations seront continuées autant qu'il sera nécessaire. Quand cette méthode aura pris place dans la pratique courante, on peut prévoir aussi que, même dans les cas d'exérèse supposée complète, une courte irradiation du champ opératoire précédera immédiatement la réunion des lèvres de la plaie.

Quand une tumeur maligne est opérable, elle doit être immédiatement opérée, et l'intervention du chirurgien est préférable, en règle générale, à la radiothérapie. Il n'est guère à cette règle que deux exceptions.

D'une part, pour les épithélomas de la

peau qui n'ont par dépassé le derme, spécialement pour ceux de la face, il est permis de préférer la radiothérapie, en raison de l'excellence de ses résultats esthétiques.

D'autre part, les sarcomes opérables peuvent être avec avantage soumis, à titre d'essai, à la radiothérapie, dans tous les cas où l'intervention ne paraît pas immédiatement nécessaire. C'est le seul moyen de savoir s'ils n'appartiennent pas au groupe des néoplasmes ultra-sensibles que la radiothérapie suffit à guérir.

En dehors de ces deux indications spéciales, voici les trois grandes indications de la radiothérapie.

En présence d'un néoplasme à ses débuts, dont la nature maligne est encore incertaine, et plus généralement toutes les fois que l'ablation d'un néoplasme est volontairement différée par le chirurgien ou temporairement repoussée par le malade, la radiothérapie est indiquée.

Après l'ablation de toutes les tumeurs malignes, la radiothérapie est indiquée dans le but de prévenir les récidives. Les irradiations doivent être dirigées non seulement sur la région opératoire, mais sur la région des ganglions qui en dépendent. Si la radiothérapie n'est pas pratiquée, comme il convient, aussitôt après l'opération, elle doit l'être au moins au premier signe de récidive.

Enfin, contre toutes les tumeurs malignes jugées innopérables, la radiothérapie est indiquée.

E. Vogt.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr Pierre Sée,

Lauréat de la Faculté.

La cure de sous-nitrate de bismuth dans les affections de l'estomac, par M. Gaston Lion (*Archives des mal. de l'appareil digestif*, août 1907). — Nous laisserons de côté, dans cette analyse, l'historique très complet que M. Gaston Lion expose dans son article. Nous n'analyserons que les chapitres qui ont trait à la pharmacologie et à la thérapeutique.

Il faut, d'après M. G. Lion, employer un bismuth très pur, sous peine de provoquer des accidents d'intoxication. Le sous-nitrate de bismuth lourd est préférable au sous-nitrate léger; ce dernier, en effet, renferme fréquemment des impuretés, telles que carbonate, oxydes. Le sous-nitrate chimiquement pur est inoffensif, ainsi que le prouvent les observations de Monneret, qui administrait jusqu'à 80 grammes de bismuth par jour, celles de Girbal et Janwoski, de MM. Mathieu, G. Lion, etc.

Les *indications* du sous-nitrate de bismuth sont :

A. La douleur gastrique, quelle qu'en soit la cause. Le médicament est donc indiqué :

1° Dans les formes douloureuses des gastrites et des dyspepsies, les dyspepsies nerveuses exceptées. Il réussit également dans l'hypopepsie, l'apepsie et l'hyperpepsie : il calme les douleurs gastriques sous quelques modalités qu'elles se présentent (douleurs précoces ou tardives, crampes, brûlures, gêne, fausse faim, etc.).

Les effets sédatifs du bismuth se produisent du deuxième au sixième jour;

2° Dans l'ulcère simple, où le bismuth a un double avantage : il soulage la douleur et hâte la cicatrisation;

3° Dans le cancer et l'ulcérocancer : le bismuth n'apporte qu'un soulagement passager, contrairement à ce qui a lieu dans l'ulcère; aussi doit-on prolonger indéfiniment l'usage du médicament.

Le bismuth fait également disparaître les phénomènes réflexes si fréquents dans les gastropathies (spasmes, vomissements, sialorrhée, éructations, aérophagie, etc.).

B. Les gastrorragies. M. G. Lion a reconnu les bons effets du médicament déjà préconisé par Monneret et Fleiner.

C. Les fermentations anormales. Le bismuth agit comme antiseptique, ainsi que le prouve l'étude du chimisme stomacal. Chez un malade de M. G. Lion, la valeur α, indice des fermentations stomacales, est tombée, au bout d'une heure, de 2 05 à 0,63.

Il n'y a qu'une *contre-indication* à l'emploi du bismuth à haute dose, c'est l'existence d'une sténose du tube digestif, quel qu'en soit le siège. Le bismuth, dans ce cas, ne serait plus évacué et formerait, en se concrétant avec le mucus, un véritable corps étranger.

Quand les sténoses sont peu serrées, on peut prescrire le bismuth à faibles doses, mais il faut veiller à ce qu'il soit éliminé.

La constipation ne constitue pas un obstacle à l'emploi du bismuth, car l'usage de

doses élevées régularise les selles et peut même provoquer de la diarrhée.

Le bismuth, d'après M. G. Lion, exerce sur l'estomac une *double action* :

1° Action physique. Il tapisse la muqueuse et préserve ainsi les glandes et les extrémités nerveuses du contact plus ou moins irritant du contenu gastrique. Il recouvre, de même, les lésions et les ulcérations et hâte ainsi leur cicatrisation ;

2° Action chimique. La plupart des auteurs admettent que le bismuth n'est pas attaqué par les sucs de l'estomac. M. G. Lion, grâce à des expériences *in vitro* et l'examen clinique du chimisme stomacal, est arrivé à des conclusions contraires. Il a reconnu que le bismuth pris, soit avant, soit en même temps que le repas d'épreuve, diminue l'hyperchlorhydrie, abaisse la pepsine et réduit l'intensité du processus digestif. Quand le médicament est pris en même temps que le repas d'épreuve, la digestion se fait plus rapidement et l'estomac se vide en un espace de temps plus court.

Le bismuth n'exerce aucune action directe sur la sécrétion.

Mode d'emploi : On peut donner le bismuth le matin à jeun. Après lavage de l'estomac, on introduit 10 à 20 grammes de bismuth délayé dans 200 grammes d'eau. Le malade doit ensuite se coucher sur le côté correspondant au siège présumé de la lésion.

On peut également faire prendre le bismuth par la bouche.

Le médicament pris à jeun convient surtout dans les cas ou l'on recherche l'action protectrice du bismuth. Pris une heure avant un repas d'épreuve il modifie les actes chimiques de la digestion.

Monneret prescrivait autrefois le bismuth à doses successives. Il donnait le médicament par cuillerées à café, trois a six fois par jour et surtout au début des repas. On a abandonné cette méthode qui, selon M. G. Lion, présente souvent des avantages. Le bismuth en effet, pris dans ces conditions, diminue l'hyperchlorhydrie et l'intensité du processus digestif, et il hâte l'évacuation de l'estomac.

Enfin en donnant une forte dose en une fois, cinq a six heures après le repas, on transforme le contenu gastrique en une solution acidulée peu excitante; l'estomac se vide alors facilement.

PIERRE SÉE.

Le pansement au bismuth dans les affections gastriques, par M. PAUL RUAULT (*Journ. de méd. de Paris*, n° 35, 1er septembre 1907, p. 339). — Le pansement au bismuth, dans les maladies de l'estomac, a, d'après M. Paul Ruault, trois indications qui sont :

1° *Les crises douloureuses des dyspepsies*, quel qu'en soit le type chimique (accès gastralgiques, crampes, brûlures, sensation de tension, vomissements, vertiges, tremblement etc). Elles diminuent rapidement par le sous-nitrate de bismuth.

Le médicament est, par contre, sans action sur des dyspepsies nerveuses.

La constipation n'est pas une contre-indication, car le bismuth, à fortes doses, régularise les selles.

Les douleurs du cancer sont également calmées par le bismuth.

Le sous-nitrate est doublement indiqué dans l'ulcère : il modère, en effet, les souffrances et hâte la cicatrisation ;

2° *Les gastrorragies* du cancer, de l'ulcère, de la gastrite ulcéreuse ;

3° *Les fermentations anormales.* Elles diminuent rapidement sous l'influence du bismuth.

Tous les praticiens ne prescrivent pas les mêmes quantités du médicament. Monneret avait proposé la dose de 7 à 10 grammes, d'heure en heure, et Fleiner une dose massive de 15 à 20 grammes, à administrer le lendemain de l'hémorragie.

M. Paul Ruault ordonne 20 grammes, mais les fait prendre immédiatement après la gastrorragie.

La formule du pansement au bismuth est la suivante :

Sous-nitrate de bismuth. 20 grammes.

Délayer un paquet dans un verre d'eau, Avaler d'un trait, le matin à jeun. Se coucher successivement 10 minutes sur le dos, sur le ventre, sur les côtés droit et gauche. Ne manger qu'une heure après l'ingestion du médicament.

Le pansement au bismuth s'emploie surtout contre l'ulcère gastrique.

On préviendra le malade que ses selles prendront, pendant le traitement, une coloration noirâtre.

PIERRE SÉE.

Traitement de l'ulcère rond de l'estomac par la gélatine et le régime alimentaire liquide, par M. SCHMITZEN (*Therapie der Gegenwart*. Juin 1907). — Le professeur Senator (de Berlin) a récemment institué un traitement nouveau de l'ulcère rond de l'esto-

mac. Il ordonne le repos complet au lit et prescrit une alimentation liquide (lait de vache, lait d'amande, crème, potages, féculents peu épais, beurre congelé, œufs brouillés). Il ne donne pas d'autre médicament que la gélatine et la formule ainsi :

Gélatine blanche.....	50 grammes
Eau.....	450 —
Sucre et essence de fenouil	Q. S.

Il faut prendre, de cette préparation, une cuillerée à bouche toutes les trois heures, et même plus souvent si cela est nécessaire.

Ce traitement donnerait, d'après M. Schmitzen, des résultats plus favorables que la thérapeutique classique qui consiste, on le sait, dans la diète plus ou moins complète et dans l'usage du sous-nitrate de bismuth. M. Schmitzen a observé, en effet, 50 malades traités par la méthode de Senator : 28 malades guérirent en trois semaines, 19 furent très améliorés dans le même temps. L'un des patients guérit après une intervention chirurgicale ; 2 malades seulement succombèrent à la suite de gastrorragies.

PIERRE SÉE.

Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac ; *discussion* (9e *congrès français de médecine interne*, 14-16 oct. 1907). — L'opportunité du traitement médical ou chirurgical de l'*ulcère simple* de l'estomac ne pouvait être discutée avec fruit que dans une assemblée mi-partie composée d'orateurs des deux camps. Le récent congrès de médecine interne nous a fourni l'occasion attendue ; mais nous n'avons à ce propos à signaler aucune entente, du moins actuelle. Médecins et chirurgiens n'ont pas abandonné un pouce de terrain. On entendit tout d'abord les deux rapporteurs médicaux, MM. Linossier (de Vichy) et J. Castaigne (de Paris). Le premier, dans tous les cas d'ulcère sans complication, donne nettement la préférence au traitement médical, qui se divise, comme on sait, en cure diététique, ou de repos stomacal et cure médicamenteuse. Le repos est obtenu par la diète hydrique, l'eau étant administrée surtout en lavements et pour masquer au malade l'inanition nécessaire. Parmi les médicaments, on sait que le bicarbonate de soude, naguère prescrit à haute dose, est aujourd'hui dénoncé comme un facteur d'aggravation par excitation sécrétoire. On l'a remplacé avantageusement par le *sous-nitrate de bismuth* à doses massives, en suspension dans l'eau et les lavages au *perchlorure de fer* (100 c. c. de la solution au millième) ; ce dernier moyen quand il y a des tendances hémorragiques. L'orateur pense, quant au traitement chirurgical dirigé contre l'ulcère non compliqué, qu'il fait courir plus de danger au malade que la lésion elle-même, lorsqu'il s'agit d'excision de l'ulcère. Et si l'on veut pratiquer la *gastro-entérostomie*, beaucoup moins dangereuse, on laisse persister l'ulcère, avec la perspective d'accidents possibles. La *jéjunostomie*, qui met l'estomac au repos absolu, lui paraît plus défendable.

M. J. Castaigne fait de larges concessions à l'action chirurgicale, dans toutes les complications sérieuses de l'ulcère, hémorragie, perforation. Mais il réclame également l'essai préliminaire, et aussi prolongé que nécessaire, du traitement médical. L'usage des alcalins ne lui paraît pas avoir les inconvénients signalés et amène des améliorations rapides. Lorsqu'on n'arrive pas à faire disparaître le syndrome pylorique, la dilatation et la stase alimentaire, on peut recourir à l'intervention chirurgicale, mais seulement après s'être assuré que ces signes ne sont pas simulés par un état névropathique. La *gastro-entérostomie*, d'ailleurs, indiquée à l'exclusion de tout autre moyen lorsqu'il y a des gastrorragies, n'est pas à l'abri de tout reproche dans l'ulcère chronique. On peut se contenter des bons résultats qu'elle donne dans les cas où le malade était menacé de troubles graves. Mais dans les cas plus bénins, on laisse les malades dans un état d'équilibre instable (MM. Parmentier et Dechénau), obligés de suivre un régime diététique sévère, même après la guérison de l'ulcère et toujours menacés d'un ulcère peptique intestinal. Plusieurs autres orateurs médicaux font ressortir la tendance naturelle à la guérison que présente un ulcère simple traité au début. MM. Bourget (de Lausanne), et Maillart (de Genève), défendent le traitement par des lavages vespéraux quotidiens au perchlorure de fer et l'administration des alcalins pour combattre l'hyperacidité gastrique. Le lait, prescrit en bouillies, permet de réaliser une alimentation bien supportée. Ils obtiennent ainsi une majorité de guérisons sur de très nombreux cas traités (500 cas). M. M. Mathieu (de Paris) lave l'estomac, puis fait le gavage à la poudre de viande

pour préparer les malades à l'intervention. MM. Doyen et Hartmann (de Paris) affirment que la chirurgie rend en pareille matière plus de services que les médecins ne semblent le croire. Le premier pense que la résection de l'ulcère n'est que rarement praticable. Il reste donc la gastro-entérostomie; mais cette opération n'est pas toujours idéale; aussi propose-t-il comme opération de choix la *gastro-duodénostomie avec section du pylore*, qui permet d'aboucher largement l'estomac dans le duodénum tout en restaurant le cours digestif naturel par un néo-orifice qui ne se rétrécit pas. M. Hartmann estime que ses opérés (135 cas pour ulcère) ont toujours grandement bénéficié de l'opération. Si elle n'a pas toujours guéri, elle a permis de guérir grâce au traitement médical. M. Monprofit (d'Angers) fait des distinctions utiles, dans les catégories diverses d'opérés. C'est surtout dans les cas hémorragiques que la gastro-entérostomie donne les plus beaux résultats. Elle soulage aussi les malades qui éprouvent des douleurs intenses. Mais il ne faut pas oublier qu'elle n'est pas la seule opération à pratiquer dans tous les cas. Car il est des lésions qui devront être traitées par l'exclusion du pylore et du duodénum, d'autres par la jéjunostomie, parfois enfin par la pylorectomie.

A. Benoît.

Appareil pulmonaire.
Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Etude expérimentale sur le régime des tuberculeux, par MM. Lannelongue et Achard (*Académie des sciences*, 11 novembre 1907). — Le Pr Lannelongue présente, en collaboration avec le Dr Achard, une note qui offre un grand intérêt scientifique. Elle est relative à « l'Influence des régimes alimentaires sur la marche de la tuberculose expérimentale ».

Le savant clinicien fait remarquer en commençant qu'il est nécessaire de recourir à l'expérimentation animale pour élucider les problèmes qu'on ne peut résoudre chez l'homme tuberculeux.

La question du régime des tuberculeux a une importance capitale. Pour en apprécier la valeur, MM. Lannelongue et Achard commencent par soumettre soixante cobayes mâles divisés en trois lots égaux d'un poids sensiblement égal à un régime alimentaire commun et ils constatent que ces animaux s'en accommodent très bien et qu'ils ne changent pas de poids durant onze jours.

Puis chaque lot de vingt cobayes est ensuite inoculé le même jour (17 août 1906) dans la plèvre droite à une dose uniforme d'un tiers de centimètre cube de la même émulsion de bacilles tuberculeux. Chaque lot fut, à partir de cette date, soumis, en outre du régime commun, à un complément de nourriture consistant en : 9 grammes de beurre par animal du premier lot; 20 grammes de sucre par animal du second lot; 20 grammes de gluten par animal du troisième lot; ce supplément correspondait à une alimentation isothermique d'environ 145 calories.

Les résultats ont été d'une netteté remarquable.

Le lot soumis au régime du beurre a disparu en quarante jours. Celui soumis au sucre en quatre-vingt-sept jours; enfin celui qui était soumis au gluten n'a disparu qu'au bout de trois cent soixante et onze jours, c'est-à-dire après plus d'un an.

Ces faits expérimentaux confirment les premières recherches des auteurs et établissent que l'azote doit entrer pour une grande part dans les régimes recommandés aux tuberculeux.

R. Blondel.

Essais pratiqués avec le sérum antituberculeux de Marmoreck, par Wohlberg (*Berl. Klin. Wochenschrift* 18 novembre 1907). L'auteur a essayé, dans un hôpital maritime, ce sérum dans une série de cas très graves de tuberculose et de scrofule, ayant résisté aux effets du climat marin.

L'injection rectale a été utilisée dans tous les cas; on observa des diarrhées passagères : un seul enfant ne supporta pas le traitement qui compromettait son état général.

Chez tous les enfants, on injecta vingt et un jours de suite d'abord cinq centimètres cubes, puis dix centimètres cubes. Après dix jours de repos, on recommençait la série d'injections.

Parmi les seize malades traités, les cas de tuberculose ostéo-articulaire étaient spécialement graves : le sérum améliora leur état général ; on n'obtint pas de guérison.

Mais c'est chez les enfants atteints de

scrofule et de tuberculose ganglionnaire que les effets les plus remarquables furent enregistrés; la guérison fut rapidement obtenue (8 cas). Les fistules tarirent, les ganglions diminuèrent de volume, les ulcères cornéens se cicatrisèrent.

E. Vogt.

Sur le traitement de la pleurésie, par James Barr (*The Brit. med. J.*, 9 nov. 1907). — La pleurésie sèche exige peu de traitement, de la révulsion, des diaphorétiques, un purgatif et peut-être un calmant contre la douleur.

Dans la pleurésie avec épanchement il faut se demander d'abord à quel moment on doit retirer le liquide. Si la quantité n'est pas très grande, le liquide est souvent absorbé après la période fébrile, même sans traitement. L'épanchement est un processus naturel qui, en survivant après la disparition de l'inflammation, diminue les risques d'adhérences pleurales. Le poumon reste au repos, ce qui est désirable s'il existe un processus tuberculeux actif. Beaucoup de pleurésies sont tuberculeuses et l'aspiration précoce du liquide détermine une turgescence du poumon qui souvent hâte la dissémination des bacilles. Des morts nombreuses se sont produites après l'aspiration complète du liquide chez des sujets âgés à parois thoraciques rigides, par suite d'une pression négative qui détermine l'hyperémie et l'œdème des deux poumons. On peut y remédier par l'introduction d'air. L'auteur retire complètement le liquide, mais avant que cette pression négative se produise, il arrête l'aspiration et introduit une quantité d'air égale à celle du liquide retiré, puis on continue à retirer le liquide jusqu'au bout. A ce moment, on injecte 4 cc. de la solution d'adrénaline à 1 p. 1000, dilués dans 8 ou 10 cc. de solution saline normale. Dans les cas de tuberculose, on peut introduire une plus grande quantité d'air. L'auteur préfère le siphon à l'aspirateur, parce qu'on peut plus facilement régler la force de l'aspiration et qu'on ne dépasse jamais une forte pression négative.

On introduit l'adrénaline pour faire contracter les vaisseaux et diminuer la sécrétion. Mais pour que ce médicament produise ses effets, il faut diminuer ou supprimer la pression négative, cause de congestion, par l'introduction de l'air, puis le poumon se déplisse peu à peu à mesure que l'air est absorbé. Par cette méthode, on peut opérer de bonne heure, même dans la période fébrile et alors on ne doit pas attendre que la quantité de liquide augmente au point que le poumon soit complètement rétracté. Il faut ponctionner avant que le malade éprouve des troubles respiratoires. On substitue de plus de l'air stérile à un liquide souvent très chargé de microorganismes.

Pour le reste du traitement, un point très important est de supprimer le plus possible le sel du régime. Si le liquide est très riche en fibrine, comme dans la pleurésie pneumococcique, on peut donner des agents décalcifiants, tels que jus de citron, citrate d'ammonium, de potassium, de sodium, mais seulement après la période aiguë.

Pour empêcher la formation d'adhérences, l'auteur a recours aux injections de paraffine liquide dans la plèvre, mais il ne peut encore donner le résultat de ses observations.

L. Jumon.

Sur le traitement de la péricardite rhumatismale, par Walter Carr (*The Hospital*, 9 nov. 1907). — On peut se demander si, en dehors des mesures préventives appliquées à toutes les manifestations variées du rhumatisme, on peut diminuer la gravité de la péricardite et empêcher la formation des adhérences, avec leurs désastreuses conséquences. L'action remarquable du traitement salicylé sur l'arthrite rhumatismale est un des exemples les plus frappants de l'efficacité de la thérapeutique, mais ce traitement a peu d'influence sur l'endocardite et la péricardite rhumatismale et cependant il reste le seul moyen d'agir sur le développement de ces lésions, d'autant plus qu'il est inoffensif. Il est tout à fait erroné de croire que les salicylates ont une action déprimante sur le cœur; au contraire, l'acide acétylsalicylique a une tendance manifeste à ralentir et à renforcer le cœur. Cette idée d'une action dépressive a conduit à donner de trop faibles doses, qui sont alors inefficaces.

Les toniques cardiaques et les stimulants, surtout la strychnine en injections hypodermiques, doivent être donnés autant qu'il est nécessaire, mais la valeur de la digitale dans les cas de myocardite est un peu plus douteuse.

Les opinions varient aussi au sujet du traitement local, mais l'auteur pense que la glace est très utile, surtout lorsque la dou-

leur est intense. Il est difficile de fixer la valeur du vésicatoire, mais on peut admettre une certaine action. La paracentèse du péricarde est rarement nécessaire.

Dans tous les cas, le point le plus important du traitement est de faire observer un repos prolongé et complet, afin de mettre le cœur dans les conditions les plus favorables pour son rétablissement. Après une atteinte de péricardite aiguë, ce n'est pas trop d'imposer trois mois de repos absolu au lit ou sur une chaise longue, avec du massage et peut-être des mouvements de résistance à la fin de cette période, lorsque tout signe de lésion active a disparu. Il faut ensuite trois autres mois de repos partiel, durant lesquels on doit éviter tout exercice actif et prolongé.

Les conséquences éloignées des adhérences péricardites doivent être traitées, suivant les indications ordinaires, par les moyens qu'on oppose à la rupture de la compensation. Quant à l'intervention chirurgicale, pour rompre les adhérences entre le péricarde et la poitrine, on ne peut encore la considérer comme pratique.

L. Jumon.

L'artério-sclérose et son traitement, par A. Robin (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 novembre). — Ce traitement ne saurait être univoque et devra s'inspirer des indications individuelles. L'auteur divise les artério-scléreux en sept groupes :

1° Hypertension purement fonctionnelle, transitoire au début et devenant plus tard continue ; dans ce cas on cherchera à supprimer la cause, on prescrira un régime avec un minimum d'aliments animaux générateurs de toxines, on stimulera les fonctions hépatiques et rénales et on emploiera une médication hypotensive.

2° Les lésions de l'artério-sclérose sont constituées, le système artériel n'aide plus qu'imparfaitement le cœur qui se surmène : il faut alors réduire la tension artérielle et ajouter à la médication les iodures.

3° Le cœur hypertrophié a des défaillances, on tonifiera par la digitale (dix gouttes de solution de digitaline cristallisée au millième, délayées dans 150 grammes d'eau, dont on donne toutes les heures ou toutes les deux heures une cuillerée à soupe). Si l'excitabilité cardiaque est très exagérée, on recourra au bromure de sodium ; dans les cas où la cause des défaillances tient à l'insuffisance de la nutrition générale, on prescrira les glycérophosphates.

4° Il existe de la dilatation aortique, de la coronarite : on donnera la nitroglycérine, le nitrite d'amyle ou de soude, etc.

5° Le cœur est mécaniquement forcé, et l'hypotension remplace l'hypertension. Le traitement classique des cardiopathies est alors indiqué.

6° L'artério-sclérose prédomine dans un organe (reins, cerveau).

7° Les types précédents sont associés à des degrés divers.

De ces considérations découlent des règles générales que l'on peut résumer de la façon suivante :

1° Supprimer les causes alimentaires, toxiques, nerveuses, de l'hypertension artérielle. Combattre les insuffisances rénale et hépatique ;

2° Relâcher le frein vasculaire ;

3° Eviter le surmenage des organes, qui sont tous en état d'insuffisance physiologique ;

4° Activer le fonctionnement des émonctoires ;

5° Soutenir le cœur dans sa lutte contre la résistance opposée par le spasme vasculaire périphérique ;

6° Soutenir l'état général des malades ;

7° Fortifier le cœur au moment de ses défaillances;

8° Modérer ses réactions exagérées ;

9° Mettre au premier rang la thérapeutique spéciale propre à l'organe essentiel menacé.

E. Vogt.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chef de clinique de la Faculté de médecine.

Injections sous-cutanées d'air contre certaines manifestations douloureuses, par Alfred S. Gubb (*The Brit. med. J.*, 9 novembre 1907). — La méthode des injections sous-cutanées d'air dans les cas de névralgie a été imaginée par Cordier qui pensait produire de cette manière une élongation des plus fines ramifications nerveuses à l'endroit où elles passent du tissu sous-cutané dans le derme. L'action de ces injections est purement mécanique et tient à la distension, car on obtient les mêmes effets avec de l'oxygène, de l'hydrogène, de l'azote ou de

l'acide carbonique. La seule différence réside dans la rapidité plus ou moins grande de l'absorption.

Le procédé est d'une exécution très simple. L'air est envoyé par une soufflerie de Paquelin, après avoir traversé du coton stérilisé, dans l'aiguille de platine iridié introduite dans la peau. On doit stériliser l'aiguille ainsi que la région où se fait l'injection. Il est bon de savoir à peu près la quantité d'air injectée. L'aiguille est introduite sous la peau au niveau du siège de la douleur, on attend quelques instants pour s'assurer qu'on n'a pas ouvert un vaisseau et on commence l'insufflation, qui est faite lentement et avec précaution. L'air injecté forme d'abord un bourrelet cutané autour de l'aiguille, puis se répand en suivant les gaines vasculaires. L'absorption de l'air met plusieurs jours à se faire ainsi qu'en témoigne la crépitation emphysémateuse. L'injection n'est pas douloureuse, il se produit seulement une sensation de piqûre d'aiguille quand la distension est considérable, la sensibilité de la peau est émoussée.

Après avoir retiré l'aiguille, on obture l'orifice avec du collodion, puis on pratique un massage de manière à chasser l'air surtout vers les points douloureux. Ce massage est un point important du traitement et le malade doit le répéter tous les jours, tant que l'air subsiste sous la peau.

Le procédé est applicable à la douleur due à toutes les formes de la névralgie et de névrite. On varie seulement la quantité d'air suivant la structure des régions. On peut injecter ainsi 200 à 300 centimètres cubes d'air dans la région fessière, tandis que 10 à 30 centimètres cubes suffisent au niveau du thorax. Dans le zona étendu il est préférable de faire plusieurs petites injections, une sur chaque point douloureux.

Dans la sciatique, les injections seront faites dans la région lombaire, en dehors de la fesse et dans la région supéro-externe de la jambe, puis sur le dos du pied. Pour la névralgie faciale l'auteur recommande de recourir à cette méthode quand les autres traitements ont échoué, on injectera alors seulement 3 à 4 centimètres cubes.

L'auteur relate plusieurs cas de sciatique et de névrite du plexus brachial traités par cette méthode avec des résultats favorables.

L. Jumon.

Observations de repas fictifs chez une jeune fille adulte, par M. Kaznelson (*Arch. f. gesammte Physiol.*, 1907, t. CXVIII, H. 5-7). — Les observations de M. Kaznelson portent sur une jeune fille de vingt-trois ans, opérée à l'âge de quinze ans, pour un rétrécissement infranchissable de l'œsophage. L'intervention avait consisté à faire une œsophagostomie au niveau du cou et une fistule gastrique. On avait alors relié, par un tube de caoutchouc, les deux ouvertures œsophagienne et gastrique.

De ses expériences, l'auteur conclut que les excitations du goût ou de l'odorat font naître ou augmentent la sécrétion gastrique. La mastication ne provoque pas de sécrétion, et cette dernière ne se produit que six minutes après l'ingestion des aliments.

Les amers, pris seuls, n'ont pas d'action sur la sécrétion. Ils l'augmentent sensiblement s'ils sont ingérés avec des aliments.

Le bicarbonate de soude diminue la production du suc gastrique.

Le régime lacté excite la sécrétion mais à un degré moindre qu'une alimentation mixte.

La *quantité* de suc fourni par l'estomac varie avec de nombreux facteurs, parmi lesquels on peut citer : la qualité de la nourriture et, en particulier, sa richesse en chlorures, les excitations diverses portant sur le système nerveux, etc...

L'*acidité* varie peu. Elle est généralement élevée.

Ces observations présentent un intérêt de premier ordre. Outre qu'elles corroborent les célèbres expériences de Pawlow sur les animaux, elles fournissent au praticien des indices précieux pour établir un régime rationnel tant à l'état normal que dans les différentes formes de dyspepsie.

Pierre Sée.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

Rétrécissements laryngés consécutifs au tubage et à la trachéotomie, par Barlatier Rabot et Sargnon (*Arch. int. de laryng.*, sept. 1907). — Après une revue historique de la dilatation par les caoutchoucs et les sondes en gomme, les auteurs indiquent le manuel opératoire de cette application.

L'introduction du tube de caoutchouc se

fait soit de haut en bas soit de bas en haut.

Dans la première méthode, on introduit le cathéter dans le larynx comme si on faisait un tubage; si on se sert d'une sonde rigide en gomme il n'est pas besoin de mandrin; il n'en sera pas de même si on utilise la sonde de Nélaton non percée si c'est possible. Quand cette sonde molle descend assez bas pour être au niveau de la fistule trachéale les auteurs retirent la canule, dilatent l'orifice et vont saisir, avec une pince, le bout de sonde qu'ils attirent au dehors, le mandrin rigide étant préalablement retiré.

Dans l'introduction de bas en haut, suivant le procédé d'Ebstein, le tube de caoutchouc, non perforé à son extrémité, est tendu énergiquement sur un cathéter métallique; on introduit le cathéter, ainsi armé, par la fistule trachéale dans le larynx et on le pousse jusqu'à ce qu'il arrive dans le vestibule laryngien qu'il ne doit pas dépasser; on retire le cathéter du tube de caoutchouc qui reste en place et qui reprend son diamètre normal dès qu'il n'est plus tendu; on coupe ce qui dépasse la fistule trachéale; on peut laisser le tube vingt-quatre à quarante-huit heures en place sans craindre qu'il ne tombe dans les bronches. A côté de ces procédés où le caoutchouc est tendu et dilate le rétrécissement en reprenant son diamètre dès qu'il n'est plus tendu, il est d'autres procédés où on utilise les tubes qui n'ont pas subi d'extension préalable.

L'opération de bas en haut se fait en trois temps: on introduit par la fistule trachéale jusque dans la bouche soit un Béniqué de petit diamètre muni d'un œillet à son extrémité pour pouvoir y attacher un fil, soit une sonde demi-molle ou molle avec mandrin rigide ou tout autre explorateur coudé. L'instrument ne peut franchir le rétrécissement laryngien qu'à la condition que celui-ci ne soit pas trop étroit.

Quand l'extrémité de l'instrument est visible dans la bouche, on l'attire au dehors avec une pince ou le doigt, on y attache solidement un fort fil de soie; en retirant le cathéter, le fil de soie suit, et une de ses extrémités sort par la fistule trachéale.

On fixe à l'extrémité buccale de ce fil un drain de caoutchouc rouge très vaseliné et dont l'extrémité a été arrondie par la chaleur, ou encore l'extrémité d'une sonde. Quant au diamètre il faut qu'il soit approprié au degré du rétrécissement; comme ce dernier ne peut être reconnu très exactement on procédera par tâtonnement. Cela étant ainsi disposé, on tire sur le fil cervical, et le drain pénètre dans le larynx rétréci. Les premières fois on est obligé de retirer la canule pour exécuter ces manœuvres en se tenant prêt de la réintroduire dès qu'il y a menace d'asphyxie.

Le fil buccal, attaché au drain, sera fixé autour des oreilles ou supprimé et le fil cervical sera noué autour du cou et servira de fil sans fin.

Quelle longueur donner au drain? On peut faire ressortir ses extrémités par la bouche et la fistule trachéale et les réunir par un fil, ou bien l'extrémité supérieure du drain ne dépassera pas les aryténoïdes, ce dont on s'assure avec le doigt, et dépassera la la plaie cervicale de 2 à 3 centimètres: cette extrémité inférieure peut être assez écourtée pour qu'elle repose sur la convexité de la canule.

Les auteurs changent le caoutchouc tous les trois jours au début du traitement, et, plus tard, tous les huit jours, mais jamais plus tard.

Pour opérer ce changement, on n'a qu'à tirer sur le fil buccal qui entraîne le drain et le fil cervical; à l'extrémité supérieure de ce dernier on fixe un nouveau drain et on tire à nouveau sur le fil inférieur.

Ce mode de traitement des sténoses laryngées dure habituellement quelques semaines.

Malgré quelques légers accidents qu'elle entraine parfois, cette méthode de dilatation est très bien supportée; l'enfant s'alimente bien et vit de sa façon habituelle, sauf les premiers jours ou il est prudent de lui faire garder le lit.

La dilatation caoutchoutée passagère se pratique à l'aide de bougies élastiques coniques que l'on passe dans le rétrécissement comme on le fait pour l'urètre.

La dilatation par des tiges de laminaire a été préconisée par Héring en 1881 et décrite longuement par Corradi en 1895. Ce dernier emploie des cylindres de laminaire de 2 à 3 centimètres de long et de diamètre croissant.

Pour placer la tige de laminaire on introduit par la fistule trachéale une mince sonde flexible à laquelle on fixe un fil de soie; quand l'extrémité arrive dans la bouche on attire au dehors le fil de soie auquel est attachée la tige de laminaire qui pénètre dans le larynx de bas en haut; un autre fil retient la tige de laminaire par sa partie

inférieure; on fait passer ce fil dans la lumière d'une canule trachéale percée sur la convexité et on le fixe à la plaque mobile; le fil supérieur sort par la bouche et est attaché à l'oreille.

La laminaire reste en place de six à douze heures; elle a alors quadruplé de volume : on l'extrait en tirant sur le fil buccal.

Ce procédé est applicable aux rétrécissements extensibles et encore perméables; après son application on peut continuer avec les sondes en gomme la dilatation de la sténose.

Il est encore une méthode de traitement des rétrécissements laryngés : le tubage dilatateur.

Un certain nombre d'auteurs utilisent l'intubation après trachéotomie, soit avec le tube ordinaire soit avec le tube à fixation trachéale ou certains tubes spéciaux.

Les tubes de Masséi sont variables de longueur et de diamètre; les uns ont une petite tête et un corps volumineux, d'autres une grosse tête et un corps étroit.

Les tubes de Pieniazeck ont la partie qui répond à la glotte de forme triangulaire et sont un peu plus courts que les tubes d'O'Dwyer.

Beaucoup d'auteurs préfèrent le tube en caoutchouc durci au tube métallique.

On a encore imaginé des tubes médicamenteux : tubes de gélatine alunée (O'Dwyer) ou ichthyolée (Tanturi).

Le tubage peut être intermittent et de courte durée, c'est alors un traitement préventif de la sténose plutôt que curatif. En général on emploie l'intubation continue pour dilater le rétrécissement.

A. Courtade.

Ophtalmologie.

Dr Darier,

Médecin des hôpitaux.

Iridectomies dans le glaucome, par G. A. Berry (*The Edinb. med. J.*, nov. 1907). — L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

Les statistiques concernant les résultats des opérations dans le glaucome peuvent induire en erreur. On peut même douter dans ces statistiques de l'exactitude du diagnostic entre le glaucome simple et l'atrophie optique pour certains cas.

L'iridectomie peut arrêter définitivement le glaucome à toutes les périodes et sous quelque forme qu'il se traduise.

Plus la maladie a été longue, moins l'iridectomie a chance de succès en raison des destructions qu'entraîne la maladie. L'iridectomie doit être faite dans tous les cas aussitôt que le diagnostic de la maladie est confirmé.

Elle doit toujours être essayée comme première mesure de traitement, à quelque degré que soit arrivée la maladie. L'opération doit être suivie d'un traitement par les myotiques et ce traitement doit être continué indéfiniment. En opérant, l'incision doit être faite avec un kératotome et placée aussi à la périphérie que possible. La quantité d'iris à enlever n'a pas besoin d'être aussi grande que celle qu'a recommandée Graefe à l'origine.

L. Jumon.

De l'emploi de la thiosinamine dans quelques affections internes de l œil, par le professeur V. N. Dolganov et O. P. Levitskaya (*Roussky Vratch*, 1907, n° 40, 41 et 42). — On sait que les maladies oculaires chroniques, liées à une prolifération primitive ou secondaire de tissu conjonctif, ont échappé jusqu'à présent a une influence thérapeutique directe et vraiment efficace. Cela étant, les auteurs du présent mémoire résolurent d'expérimenter, dans les cas de ce genre, la thiosinamine qui paraît excercer une action favorable sur les hyperplasies fibreuses. Leurs essais ont porté sur 13 cas d'atrophie du nerf optique aux différentes périodes de développement, sur 6 cas de rétinite pigmentaire et sur 4 cas de chorio-rétinite syphilitique.

A ces malades, on injectait sous la peau, quotidiennement ou tous les deux jours, la valeur d'une seringue de Pravaz de la solution hydro-glycérinée de thiosinamine de Juliusberg, dont voici la formule :

Thiosinamine.....	4	—
Glycérine pure.....	8	—
Eau distillée bouillie..	28 à 40 grammes.	

Les résultats furent positifs, en ce sens que la vision centrale et l'étendue du champ visuel augmentèrent d'une façon très nette, mais en proportion inverse de la gravité et de l'ancienneté des lésions. Après cessation du traitement par la thiosinamine, cette

amélioration persista quelques mois pendant lesquels les malades purent être suivis. Jamais on ne nota d'effet secondaire nocif, ni local ni général, imputable à la thiosinamine. Il faut dire que les malades dont il s'agit recevaient aussi des injections de strychnine qu'on faisait alterner avec la thiosinamine, ce qui diminue la portée de ces essais thérapeutiques.

V. DE HOLSTEIN.

Maladies vénériennes. Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE.

Sur une nouvelle indication de pratiquer systématiquement l'ablation du chancre induré et de son ganglion satellite ou d'en atténuer la virulence, par HALLOPEAU (*Bulletin général de thérapeutique* 8 novembre 1907). — L'auteur admet que si les tentatives chirurgicales faites dans le but d'enrayer le développement de la syphilis ont presque toutes échoué, c'est qu'elles n'ont eu pour objet que le chancre et qu'on s'est abstenu d'enlever le ganglion lui faisant directement suite : ce dernier constitue une station d'arrêt dans laquelle s'atténue la suractivité du tréponéma, avant de pénétrer dans la circulation générale.

Malheureusement, les régions contaminées, le plus souvent le gland et les lèvres, ne se prêtent pas à l'ablation du chancre, et celle du ganglion nécessite un temps de repos et un ensemble de mesures qui font reculer la plupart des patients. Reste donc l'atténuation, par des substances agissant sur le tréponéma, de la virulence de ce dernier ; trois agents sont indiqués, le mercure, l'iode et l'atoxyl. L'auteur conseille d'injecter, au voisinage d'un chancre, et sur le trajet des lymphatiques qui en émanent, tous les jours une quantité de 0,05 grammes d'atoxyl, dans les cas où l'accident primaire se trouve dans la sphère génitale. Il n'est pas nécessaire d'employer des doses élevées.

E. VOGT.

Le radium employé comme traitement du cancer et du lupus par MORTON (*Congrès intern. de physiothérapie*. Rome, 13 oct. 1907). — Il a paru à l'auteur que le radium est supérieur aux rayons X quand on emploie un sel de radium pur. Les raisons de ce fait sont que le radium mis dans un tube peut être placé très près de la masse cancéreuse, et que le dosage est beaucoup plus exact, si l'on se sert d'un bromure dont la radioactivité a été soigneusement titrée. Cette radioactivité est invariable et la mesure du traitement peut être exprimée en unité de temps.

Pour se servir des tubes de radium, l'auteur recommande d'enfermer le tube d'aluminium contenant le radium dans un tube très mince de gélatine. Pour les affections internes, on prendra un tube de celluloïde.

Le radium ne peut guérir tous les cas de cancer, mais il exerce une influence destructive sur les cellules cancéreuses et sur les éléments du lupus vulgaire. Le grand progrès obtenu avec le radium consiste dans son action rapide et agressive, qui a permis, par exemple, de guérir en 4 séances de neuf heures consécutives (durée du traitement : sept semaines), un lupus vulgaire qui datait de vingt et un ans.

E. VOGT.

Mélanomes et radiothérapie, par SUQUET (*L'électr. médicale*, octobre 1907). — L'auteur a eu dernièrement l'occasion de revoir une femme de 73 ans, guérie en 1906 par la radiothérapie, d'un carcinome mélanique ayant évolué sur un nœvus : la joue est redevenue normale, on ne trouve même plus le piqueté bleuâtre resté à la fin du traitement. Le nœvus pigmentaire lui-même a diminué de moitié depuis cette époque et son coloris est devenu gris pâle.

Deux nouveaux cas, concernant des lésions moins étendues il est vrai, ont été traités dans ces derniers temps avec succès par l'auteur. Aujourd'hui, il fait absorber 5 H tous les huit jours au lieu de tous les quinze jours comme dans le premier cas ; cette modification a été introduite parce qu'on sait actuellement que les cellules néoplasiques supportent les fortes doses impunément ; en localisant à elles seules la radiation, par un localisateur de dimension inférieure à la lésion, on peut aller beaucoup plus vite au début ; plus tard, on espace de nouveau les séances en employant un localisateur plus grand.

En résumé, les fortes doses sont utiles car elles permettent d'atteindre aussi pro-

fondément que possible la partie médiane de la tumeur, centre d'extension ; il faut absolument éviter de léser les cellules saines environnantes.

La radiothérapie aura surtout des chances de guérison si on l'applique avant l'envahissement ganglionnaire.

E. Vogt.

Traitement de l'ichthyose, par Shoemakete (*The med. Bull.*, octobre 1907). — Il s'agit d'une maladie incurable, mais si l'on ne prend pas certains soins, la peau du malade deviendra semblable à celle d'un poisson. Des applications locales entretiendront l'humidité et la souplesse de la peau. L'auteur recommande comme application à la fois stimulante et émolliente la suivante :

Acide salicylique.....	2 gr. 50
Pommade au sous-acétate de plomb.....	12 gr.
Pommade à l'oxyde de zinc..	30 —
Pétrole.....	12 —

En applications locales, deux fois par jour, sur les parties affectées.

A l'intérieur on prescrira surtout les reconstituants. On formulera les prescriptions relatives à l'hygiène et à l'alimentation. Les malades doivent autant que possible vivre en plein air. Les rayons du soleil ont en général une bonne influence sur la maladie. Chez les enfants on donnera des préparations ferrugineuses, de la quinine et de la strychnine.

L'alimentation doit se composer surtout de lait et d'œufs.

L. Jumon.

Traitement du psoriasis, par Barendt (*Thérap. Monatshefte*, novembre 1907). — On peut diviser le traitement en 3 stades : préparation, guérison, prophylaxie.

1er *Stade*. Faire disparaître les squames. Application le soir de savon vert (*Ph. Germ.*) que l'on enlève le lendemain à la brosse dans un bain chaud. Sur les points couverts de poils, on se servira de l'esprit de savon de l'Hebra.

2e *Stade*. L'onguent de chrysarobine à 9 p. 100 sera appliqué en friction matin et soir, puis on recouvre d'une poudre composée de parties égales de talc, amidon et oxyde de zinc, coloré par un peu d'argile rouge. La peau saine doit rougir sous l'influence de la friction de pommade ; les parties malades doivent au contraire blanchir. Quand ce but est atteint, on remplace la chrysarobine par l'onguent au précipité blanc (*Ph. Germ.*) avec ou sans addition de 2 à 5 p. 100 d'acide salicylique, ou de naphtol-B. à 2-4 p. 100 pour les placards tenaces. L'eugallol (monoacétate de pyrogallol) donne dans ce dernier cas d'excellents résultats.

3e *Stade*. L'arsenic administré à la façon ordinaire, par doses croissantes et décroissantes, sera toujours recommandé. Localement, on applique un mélange contenant du naphtol-B. 2 à 3 p. 100 :

Naphtol-B.....	0,6 à 0,9 grammes.
Adeps lanæ avec eau...	200 —
Huile d'amandes douces	7,5 —
Essence de lavande....	V gouttes.

Usage externe.

Ce mélange est appliqué par friction trois fois par semaine, le soir, sur les points de prédilection de la dermatose ; on recouvre avec la poudre ci-dessus. Deux fois par semaine, un bain chaud avec savonnage au savon de naphtol. Le psoriasique ne doit jamais porter de flanelle directement sur la peau.

Le psoriasique devra faire beaucoup d'exercice pour activer la sudation, en général peu marquée.

E. Vogt.

Erreurs de traitement en dermatologie, par Duncan Bulkley (*The Therap. Gazette*, 15 oct. 1907). — La chronicité et la ténacité de certaines affections cutanées sont dues en grande partie à des erreurs de diagnostic et de traitement. Mais l'auteur incrimine surtout les erreurs dans le traitement, qui est trop léger et auquel on n'accorde pas assez d'attention. Le mieux, en présence d'une maladie chronique de la peau, est de commencer par prendre l'observation le plus complètement possible pour n'instituer le traitement que lorsqu'on est bien au courant du caractère de la maladie et des tendances pathologiques du malade. Dans beaucoup de dermatoses, ce sont les fonctions digestives qui sont plus ou moins atteintes ou bien les malades suivent un régime et une hygiène déplorables pour leur affection cutanée. D'un autre côté, le malade continue à suivre une médication interne alors que celle-ci ne répond plus à aucune indication ou lorsque les fonctions digestives ou rénales sont en souffrance.

D'autre part c'est une erreur de ne pas persister dans une voie de traitement le temps suffisant pour obtenir les résultats désirés. C'est une erreur aussi qui est partagée par le malade de supposer que lors-

qu'une amélioration a commencé, la nature fera le reste. C'est ce qui arrive très souvent dans le traitement de la syphilis, car les malades s'imaginent facilement que tant qu'ils n'ont pas de manifestations externes, ils n'ont pas besoin de continuer le traitement. Ou bien ils croiront suivre un traitement efficace en suivant un traitement thermal dans une station balnéaire.

On croit très facilement que l'arsenic est bon pour les maladies de la peau et il n'est pas rare de trouver des malades qui n'ont été traités que par l'arsenic, sans égard aux autres prescriptions. La même erreur est commise sur l'emploi de l'iodure de potassium que l'on donne dans l'hypothèse d'une syphilis, faute d'un diagnostic plus précis.

Très souvent l'élément paludéen passe inaperçu, de sorte qu'on croit avoir affaire à une éruption rebelle qui céderait cependant en traitant la malaria.

Quant au traitement local, il ne faut pas trop en attendre des résultats immédiats. Les malades doivent être instruits exactement sur la manière d'employer un traitement local, car le mode d'application a beaucoup d'importance pour le résultat. Souvent le malade a recours à des préparations toutes faites, prônées dans des réclames et se traite ainsi à l'aventure sans aucun succès.

L'auteur signale encore quelques erreurs, par exemple un malade appliquait la bande de caoutchouc sur ses bas parce qu'il trouvait leur application sur la peau peu agréable; il signale aussi l'abus des applications de nitrate d'argent sur des lésions buccales qui, de légères, peuvent devenir plus sérieuses. Enfin il vaut mieux connaître à fond un petit nombre de traitements pour bien les appliquer que de se servir d'un grand nombre de médicaments dont on connaît mal les propriétés.

L. JUMON.

Maladies des voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Signification pathologique du phimosis chez les enfants, par WITZENHAUSEN (*Münchner med. Woch.*, 1907, n° 22). — Le phimosis peut donner lieu chez l'enfant à différents symptômes dont l'origine est souvent méconnue. La vessie en état de rétention peut comprimer le gros intestin et simuler la maladie de Hirchsprung : l'enfant présente alors de la constipation opiniâtre, de l'anorexie, de la cachexie : il est sujet à des convulsions spasmodiques.

M. DESCHAMPS.

Traitement de la bactériurie (*The Hospital*, 9 nov. 1907). — La bactériurie peut être traitée soit par la médication interne, soit par les lavages antiseptiques de la vessie, ou par les deux méthodes à la fois. Dans les cas graves de cystite la dernière est la plus efficace.

La médication interne est la plus importante si le rein est la source des microorganismes. On doit dans tous les cas rechercher quelle est leur origine. Si l'urine a conservé son acidité, il est probable que la suppuration vient d'un seul rein. La centrifugation peut encore faire découvrir les organes malades par les éléments que l'urine renferme.

Les médicaments employés contre la bactériurie sont surtout le salol, le bleu de méthylène et l'urotropine, qui rendent l'urine inaccessible aux staphylocoques et streptocoques pyogènes, aux bacilles typhiques, colibacilles et proteus vulgaires. Le salol est très inférieur aux deux autres dans son action.

Il est intéressant de noter que le bleu de méthylène est le plus énergique antiseptique urinaire, bien qu'il soit peu employé dans ce but. Mais il est cependant inférieur à l'urotropine.

Ces médicaments ne peuvent être donnés en quantités suffisantes pour rendre l'urine absolument bactéricide ; ils peuvent retarder ou même empêcher le développement des microorganismes, mais ne détruisent pas ceux qui existent. Leur effet est dirigé surtout contre le bacille typhique et le streptocoque pyogène.

Les antiseptiques urinaires doivent être administrés dès qu'on suppose que des microorganismes peuvent infecter l'urine, car dès que ceux-ci ont fait leur apparition, le meilleur moment de l'administration de ces médicaments est passé. Dans les cas de pyélonéphrite, par exemple, il doivent être donnés avant l'apparition de la pyurie, afin de la prévenir. Il en est de même lorsqu'on doit passer des instruments dans la vessie, car

on n'est jamais sûr de ne pas infecter une vessie par un instrument surtout lorsque son introduction doit être fréquente.

Le traitement interne, en résumé, a certainement une valeur, car il est possible d'augmenter le pouvoir bactéricide de l'urine, mais c'est au début de l'infection que ce traitement réussit le mieux, alors que les microorganismes n'ont pas encore pénétré dans les plis de la muqueuse. A ce moment le succès de la médication est la règle.

L. Jumon.

Le traitement des albuminuries, par Plicque (*Le Bulletin médical*, 30 octobre 1907). — En dehors de la syphilis du rein, la médication est en général symptomatique, car il est difficile souvent de faire un diagnostic assez précis pour permettre un traitement s'adressant à la cause de l'affection.

En cas de syphilis rénale, le tannate de mercure, en pilules (0,10 à 0,20 grammes par jour) et l'iodure de strontium trouvent des indications spéciales.

Dans les néphrites aiguës chez les paludéens, les injections sous-cutanées de sels de quinine et l'administration d'extrait mou de quinquina rendront des services.

Le fer et l'arsenic seront donnés dans l'albuminurie chlorotique et l'albuminurie cyclique des jeunes gens : l'effet de la lithine et de la pipérazine est incertain dans la néphrite goutteuse; il en est de même pour le soufre en cas de néphrite des saturnins.

Reste la médication symptomatique applicable à tous les autres cas. Le tannin, peu actif dans les formes aiguës, ou les formes invétérées, diminue presque toujours l'albuminurie et atténue les principaux accidents. On le donnera en pilules de 0 gr. 10, additionné de bicarbonate de soude. Les tannins du ratanhia, du quinquina, du fraisier, sont mieux tolérés que le tannin industriel : les extraits mous seront donnés à doses plus fortes (1 à 1 gr. 50) que le tannin. L'extrait du fraisier donne aux urines une couleur rouge écarlate. Le tannate de soude (1 à 1 gr. 50) est très diurétique et bien supporté. Le thé, le café, le vin de Bordeaux, contiennent beaucoup de tannin et ne sont pas contre-indiqués.

Les sels de strontium ne sont utiles qu'en cas d'albuminurie ancienne, chronique, abondante, avec accidents d'anasarque plutôt que d'urémie. On prescrira :

Lactate de strontium pur. 20 grammes.
Eau ..... 150 —

Une à trois cuillerées à bouche par jour dans du lait.

Il faut prescrire le sel pur, car sans cela on s'expose aux accidents que provoque la baryte, souvent mélangée au strontium dans les préparations impures.

Le bleu de méthylène agit plutôt dans les formes encore récentes et subaiguës, et surtout dans celles consécutives aux infections graves (0 gr. 06 par jour en trois pilules ou cachets). En ajoutant de la noix de muscade (0 gr. 05 par cachet), on obtient un mélange mieux toléré par l'estomac.

L'opothérapie rénale est encore à l'étude : elle semble agir plutôt contre les accidents urémiques. On donnera des tablettes de poudre rénale, de 0 gr. 20 chaque, à condition de suivre régulièrement les malades ainsi traités.

E. Vogt.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement des gastro-entérites infantiles par le régime sec, par P. Gallois (*La Clinique infantile*, 15 nov. 1907). — Toute la thérapeutique des gastro-entérites de l'enfance repose sur la notion de l'infection. Mais pour l'auteur c'est là une hypothèse non démontrée, et la dyspepsie joue un rôle beaucoup plus important que l'infection. Cette dyspepsie est presque toujours due à la suralimentation. Pour guérir les malades il faut réduire l'alimentation et la diète hydrique ne fait que répondre à cette indication. Toutefois cette diète ne réduit pas le volume. Or, ce qui paraît déterminer les accidents, c'est le volume excessif des aliments ingérés. L'estomac des enfants présente tous les phénomènes de la dyspepsie des liquides et ce serait surtout l'eau du lait qui serait dangereuse.

Chez les enfants, en période de sevrage, l'auteur emploie un régime sec dont la formule varie avec l'âge de l'enfant, mais dont voici le type.

Une bouillie le matin, deux ou trois petits gâteaux secs à dix heures, un peu de fromage frais et de purée à midi, deux

gâteaux secs à quatre heures et une bouillie le soir.

Chez les nourrissons on ne pouvait employer comme aliment qu'un dérivé du lait. L'auteur a adopté le fromage dit « Petit Suisse ».

Une cuillerée à soupe de fromage est battue avec une cuillerée à soupe de lait et sucrée de façon à faire une petite crème. Comme quantité, cette préparation équivaut à trois fois son poids de lait. Les enfants prennent en général toutes les deux heures le repas ci-dessus, pendant deux jours, soit sept repas chaque jour. Le troisième jour trois de ces repas sont remplacés par une tétée ou une dose de lait calculée suivant l'âge de l'enfant; le quatrième jour deux autres repas de fromage sont remplacés par une tétée ou un biberon. Le cinquième jour on reprend complètement l'alimentation lactée. Les résultats sont très rapides ; les vomissements et la diarrhée sont arrêtés le jour même ou le lendemain et la reprise de l'alimentation lactée se fait sans rechute. Enfin il n'y a pas eu d'amaigrissement par le fait de l'inanition.

L. Jumon.

Contre le catarrhe gastro-intestinal des enfants (*Journ. de méd. de Paris*, N° 39, 29 sept. 1907, p. 377).

Gélatine..... 10 grammes.

Faire bouillir dans 500 grammes d'eau distillée, pendant six heures, jusqu'à ce que le mélange soit réduit à 80 grammes. Filtrer et ajouter :

Acide citrique..... 1 gramme.
Sirop d'écorce d'oranges amères. 100 —

Prendre, toutes les deux heures, une cuillerée à dessert de cette préparation.

Pierre Sée.

Traitement de l'hydropisie chez les enfants, par Louis Fischer (*Merck's Archives*, août 1907). — Dans une dernière épidémie de scarlatine, l'auteur a eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas d'hydropisie chez des malades atteints de scarlatine ambulatoire.

Dans cette période le traitement doit être hygiénique, médicinal et diététique.

Après une bonne aération, sans courant d'air, et un isolement bien observé, l'hygiène corporelle a une grande importance.

Il est important de noter la quantité d'urine rendue pendant le traitement de la scarlatine, afin de juger de la fonction des reins. Si la diurèse diminue, on donnera un bain chaud à la température de 37 à 40°, puis on enveloppera le malade dans des couvertures de laine durant vingt à trente minutes. Il se produira non seulement une diaphorèse intense, mais une diurèse habituellement notable. Si l'urine n'augmente pas, on prescrit un régime déchloruré. Parmi les diurétiques on peut donner le citrate de potasse avec le bicarbonate de soude, la diurétine à doses progressivement croissantes.

Si l'hydropisie survient, on fera des lotions tièdes sur tout le corps, suivies d'un bain d'air chaud sous les couvertures donné à l'aide d'un tube et d'un fourneau à gaz. Pendant ce temps le malade boit du thé chaud ou de la limonade chaude. Ces bains peuvent être donnés trois fois par jour, durant 10 à 20 minutes. Si le malade présente une tendance à la syncope, on lui fait prendre un demi-milligramme de strychnine avant le bain, ou encore une tasse de café au lait chaud après le bain.

Les grands lavements chauds à 40 ou 45° auxquels on ajoute plusieurs onces de glycérine, ont pour avantage de nettoyer l'intestin et de stimuler la diurèse. On donnera de très petites doses plusieurs fois par jour de calomel, podophyllin, élatérine.

On sait l'importance du traitement diététique dans la scarlatine. Durant les premiers jours le lait seul est permis, coupé avec parties égales d'eau de riz ou dilué avec une eau alcaline. Le babeurre est également bien supporté par les enfants. Pendant la première semaine, sauf si la température est normale, on ne doit donner ni œufs ni céréales. Mais entre les prises de lait, on peut donner du jus d'orange, du thé léger.

Dans la suite, les œufs, les légumes sont permis, mais il est prudent d'éviter la viande pendant plusieurs semaines, jusqu'à l'achèvement complet de la convalescence.

Le régime déchloruré est indiqué dans les cas d'hydropisie. Comme prophylaxie, surtout contre les lésions cardiaques, l'auteur recommande un repos absolu de six semaines au moins au lit à partir des premiers symptômes de la scarlatine.

L. Jumon.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT,

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

De l'immunisation contre le cantharidate de potasse par un sérum antitoxique, par M. C. CHAMPY (Réunion biol. de Nancy, in *Comptes rendus Soc. biol.*, T. LXII, 15 juin 1907, pp. 1128-1130). — M. C. Champy a préparé un sérum anticantharidien en injectant à des animaux de faibles doses de cantharidate de potasse. Il pense que la cantharidine constitue une substance de choix pour étudier les sérums spécifiques, et il en donne deux raisons : la première c'est que la cantharidine est un corps voisin des venins et pouvant être obtenue à l'état pur, la seconde c'est qu'elle exerce sur le rein une action presque élective.

Dans une première expérience, l'auteur a fait à 11 lapins des injections, répétées 5 à 6 fois, de 3 à 6 milligrammes de cantharidate. Il a injecté alors, à 3 cobayes, 20 centimètres cubes de sérum, prélevé sur les lapins, plus 2 milligrammes de cantharidate dilué dans 20 centimètres cubes de solution physiologique. Un cobaye témoin reçut seulement le cantharidate.

Les 3 cobayes moururent au bout de cinq heures et demie à huit heures; le témoin succomba en une heure et quart. L'autopsie, complétée par l'examen histologique, révéla des lésions rénales moins prononcées chez les trois animaux qui avaient reçu du sérum antitoxique que chez le cobaye témoin.

Dans une seconde expérience, M. C. Champy a pris 6 cobayes. Il leur a injecté, à tous, un milligramme de cantharidate. Sur ces 6 cobayes, 3 ont servi d'animaux témoins et ont reçu, les deux premiers 20 centimètres cubes de sérum de lapin normal, et le troisième 20 centimètres cubes de solution physiologique. Les 3 autres ont été injectés chacun de 20 centimètres cubes de sérum spécifique.

Un des témoins, n'ayant reçu que du sérum normal, mourut au bout de cinq heures. L'auteur sacrifia les autres au bout de sept heures. L'examen histologique lui montra l'intégrité des reins des cobayes qui avaient été traités par le sérum antitoxique et des lésions manifestes chez les animaux témoins.

M. C. Champy en conclut que le cantharidate de potasse provoque, lorsqu'il est injecté, la secrétion d'une antitoxine.

PIERRE SÉE.

Les pilules mercurielles, par MARTINET (*Presse médicale* 9 novembre 1907). — Malgré tous leurs inconvénients, les pilules mercurielles continuent à conserver la faveur d'une grande partie du public; elles présentent, en effet, quatre vertus cardinales : le bon marché, la discrétion, la commodité et l'insipidité. Le médecin est donc forcément appelé à se servir, même à son corps défendant, de ce mode d'administration, et il est en conséquence utile de connaître quelques bonnes formules.

Les sels classiques, bichlorure, protoïodure, suffisent. La question des substances adjuvantes est plus importante : la plupart de celles qui, comme l'extrait de gaïac, la poudre d'opium ou de gentiane, favorisent la tolérance du tube digestif pour le médicament, durcissent sous l'influence de la dessiccation : les pilules se transforment en petits blocs insolubles qu'on retrouve dans les selles. Il convient donc d'associer à la masse pilulaire une substance hydrophile : dans l'espèce, la glycérine est indiquée, car elle s'oppose au durcissement et permet une répartition plus homogène de la masse.

On formulera en conséquence, par exemple :

Protoiodure d'hydrargyre ...	0,05	grammes.
Extrait thébaïque.....	0,01	—
Extrait mou de quiquina.....	0,05	—
Glycérine q. s. pour agglomérer.		

F. s. a, pour une pilule : faire 60 pilules semblables.

E. VOGT.

Comment il faut administrer l'aspirine, par MARTINET (*La Presse médicale*, 2 novembre 1907). — Comme il arrive parfois que chez les asthéniques, les débiles, les fébricitants, ce médicament peut provoquer des accidents syncopaux et des sueurs parfois extrêmement abondantes, on fera toujours bien de ne pas dépasser, pour les types morbides ci-dessus, 0,40 grammes comme dose initiale. On donnera l'aspirine dans une infusion antisudorifique (sauge p. ex.), et on l'associera à la caféine (0,05 à 0,10 gr.). Les premières doses seront prises de préférence à la chambre ou au lit, la pièce sera chaude, et on tiendra prête

une infusion de café noir pour le cas de défaillance.

Une fois la tolérance du malade connue, ces précautions seront superflues.

E. VOGT.

L'action thérapeutique du radium, par DEANE BUTCHER (*Congr. intern. de physiothérapie, Rome*, 13 octobre 1907). — L'orateur compare l'effet des radiations du radium sur les verrues, les ulcères phagédéniques, etc., à celui qu'exerce le soleil sur les mauvaises herbes : ces affections flétrissent et se dessèchent.

Dans les cas de cancer, c'est surtout au premier début que ce traitement est indiqué. A petites doses, les rayons de Becquerel fortifient et stimulent : à fortes doses, ils irritent et détruisent.

A la suite de plusieurs expériences, l'orateur s'est décidé à renfermer le radium dans un étui de platine.

E. VOGT.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Election d'un nouveau doyen de la Faculté de médecine. — La Faculté de médecine a procédé, le 21 novembre, à l'élection de son nouveau doyen, les pouvoirs du doyen actuel, M. le professeur Debove, expirant le 13 décembre prochain et celui-ci ayant exprimé depuis longtemps sa résolution de ne point demander le renouvellement de son mandat.

M. le professeur Landouzy a été, à la presque unanimité des suffrages, élu doyen pour trois ans, ou plutôt proposé comme tel à la désignation du ministre.

Le professeur Landouzy est actuellement titulaire de la chaire de clinique médicale de l'hôpital Laennec, après avoir occupé longtemps celle de thérapeutique. Il était déjà assesseur du doyen et l'un des deux représentants élus de la Faculté au Conseil de l'Université. Sa candidature était donc tout indiquée, et c'est pour déférer au vœu formel de ses collègues que le professeur Landouzy a consenti à accepter ce surcroît d'occupations.

Savant universellement connu et estimé pour ses travaux personnels, esprit vaste et remarquablement actif, orateur abondant et persuasif, M. Landouzy a joué un grand rôle dans l'organisation de la lutte antituberculeuse et s'est occupé, avec beaucoup de zèle, des questions d'hygiène sociale, d'alimentation des travailleurs, de propagande anti-alcoolique, qui se rattachent si étroitement à cette croisade patriotique. Il organise depuis dix ans une excursion médicale annuelle aux stations thermales françaises qu'il a puissamment contribué, en payant constamment de sa personne, à faire mieux connaître des praticiens français et étrangers. C'est un homme d'action. La Faculté s'est honorée en faisant sans hésitation un pareil choix.

Hôpital Necker. — Dr HUCHARD : Tous les mardis matin, à partir de 9 h. 1/2 jusqu'à 11 heures, à l'amphithéâtre Laënnec de l'hôpital Necker, consultation et présentation de malades cardiaques, avec *Causeries cliniques et thérapeutiques* sur ces malades à partir du premier mardi de novembre.

A partir du mois de mars 1908, tous les jeudis, leçons de clinique et de thérapeutique par le Dr Huchard et plusieurs de ses collègues, sur des sujets de médecine les plus divers (au plus 16 leçons).

Dr HIRTZ : A partir du mois de janvier 1908, tous les mercredis à 10 heures, conférences sur la *Thérapeutique des maladies des voies respiratoires*, à l'exception de la tuberculose.

Dr Emile SERGENT : *Service de la consultation de médecine.* — Le matin à 10 heures, exercices de médecine pratique (interrogatoire et examen d'un malade, discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques, manière de formuler et de rédiger une ordonnance).

Des conférences pratiques sur le *Diagnostic et le traitement des maladies chroniques des voies respiratoires* seront annoncées ultérieurement.

Hôpital Tenon. — Le Dr BOISSARD commencera le jeudi 9 janvier 1908, à 10 h. 1/2, une série de 10 leçons (qu'il continuera les jeudis suivants) sur : *Délivrance abortive, Avortement criminel, Délivrance à terme, Accidents et complications, Traitement.*

Dr LAMY : Tous les vendredis, à 10 h. 1/2, à partir du 1er décembre, consultation clinique sur les *Maladies du cœur et des vaisseaux.*

Programme : Séméiologie des affections cardiaques; Etude de différents types d'asystolie; Etude de la pression artérielle à l'état normal et dans les maladies; Sphygmomanométrie clinique. — Traitement des maladies du cœur et des vaisseaux; médicaments cardio-vasculaires. — Présentation et examen des malades; Applications pratiques de la méthode graphique.

Dr BROUARDEL : Les mardis et samedis, à 10 heures du matin, conférences de *Clinique élémentaire* avec *examen de malades*, à la salle de consultation.

Hôpital Beaujon. — Le Dr GASNE commencera le samedi 16 novembre, à 11 heures, à la salle de la consultation, un cours de *Clinique et de Thérapeutique des maladies du système nerveux*, avec présentation de malades, et le continuera les samedis suivants à la même heure.

Hôpital de la Pitié. — *Consultation de chirurgie.* — Le Dr Robineau fera, à partir du 25 novembre, à la consultation, des *Leçons de petite chirurgie pratique*, les mardis et samedis à 10 h. 1/2.

Tous les jours à 10 heures, examen de malades.

Prière de s'inscrire à la consultation. Maximum : 10 élèves. Prix d'inscription : 50 fr.

BIBLIOGRAPHIE

Le " Mauvais Mal ", par le Dr JULLIEN, librairie de l'*Auto*. 1 vol. in-8°.

Le *Mauvais Mal*, on l'a deviné, c'est l'*avarie*.

Le chirurgien de Saint-Lazare a fait une brillante campagne sur ce sujet dans l'*Auto*, et c'est pour répondre au désir de ses lecteurs qu'il publie aujourd'hui ce volume.

Rompu à la pratique et à l'enseignement des maladies spéciales, l'auteur expose complètement celle qu'il a en vue, avec une précision et des détails que les intéressés n'ont jamais été admis à connaître.

S'il s'est départi de toute gravité doctorale, c'est pour se mettre familièrement à la portée de tous. Mais la science ne perd pas ses droits, et bonne humeur ne veut pas dire gaudriole.

Annoncer à tous toute la vérité, c'est assagir ceux qui sont restés indemnes et réconforter les victimes. Avec M. Jullien, apôtre des doctrines et des méthodes modernes, pas de découragement ; guérir, rien n'est plus facile, mais il faut le vouloir.

Intéressant pour les hommes de science, plein de révélations pour le commun des mortels, cet ouvrage, d'une lecture agréable et entraînante, assurément le premier en son genre, peut, et nous dirions volontiers, doit être mis entre toutes les mains, pour le plus grand profit de la salubrité publique, et physique et morale.

Sur quelques Idéalistes (*Essais de critique et de morale*), par H. GAILLARD DE CHAMPRIS. 1 vol. in-16. Prix : 3 fr. 50; franco, 4 fr. — Librairie Bloud et Cie, 4, rue Madame, Paris (VIe).

Les études qui composent ce recueil ont paru dans le *Correspondant*, la *Quinzaine*, la *Revue pratique d'apologétique*, la *Femme contemporaine*. Leur provenance seule indique déjà qu'elles ne traitent pas de littérature pure. Sans négliger les questions esthétiques, l'auteur s'arrête surtout aux problèmes de philosophie morale et religieuse, soulevés par un J.-J. Rousseau, un Vigny, un Brunetière, un J. Lemaître, un Sully-Prudhomme. Autant que leurs théories littéraires ou leur art, ce qu'il étudie chez ces écrivains, c'est la doctrine de vie qu'ils ont adoptée pour eux-mêmes et peuvent proposer aux autres. Et il ne les juge pas en pur intellectuel ; il les aime, les admire ou les plaint, selon qu'ils ont résolu le problème de la destinée.

En cela, il ne croit pas manquer aux lois de la critique, celles-ci devant étudier non seulement les *formes* et les *genres*, mais montrer le rapport des œuvres avec la vie.

Les heures libres, gaillardises et curiosités historiques des temps passés, recueillies ad usum medici, par Pierre PIC, 1 vol. in-16 de 388 pages, avec 80 reproductions de portraits anciens. Paris, 1908. G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.

Voici un livre que je n'ai pu quitter dès que j'en eus lu les premières pages. C'est qu'en effet, il n'est rien de plus attrayant. Songez donc que vous voyez reproduits, d'après les écrivains du jour, mémorialistes, conteurs, historiens, épistoliers, les faits et gestes de ces roués de la Régence, de ces débauchés, de ces viveurs sans souci, de ces jouisseurs de la première moitié du dix-huitième siècle. Livre qu'on ne saurait oublier sur la table de famille ! qu'on doit cacher aux yeux des jeunes filles aussi bien qu'à ceux des adolescents : les uns et les autres courraient trop de dangers de s'y pervertir, quoiqu'il ne soit pas facile, aux jours où nous sommes, de renouveler les exploits amoureux, les débauches, les vices des courtisans, des comédiennes, des héros de boudoir, des abbés de cour, des petits-maîtres, de tous les dévergondés de cette période de notre histoire.

Aussi l'auteur, ou mieux le rassembleur de ces anecdotes, de ces historiettes, de ces chansonnettes, a-t-il bien fait de nous prévenir que son recueil était fait *ad usum medici ;* car le médecin a le droit de tout voir, de mettre son nez partout, qu'on nous pardonne cette expression. Aussi nos confrères pourront-ils lire avec plaisir ces extraits de Ménage, de la Princesse Palatine, de Mathieu Marais, Jean Bouhier, de Duclos, du marquis d'Argenson, de Barbier, de la marquise de Pompadour, du recueil de Maurepas, etc, etc. Et tout cela est imprimé d'une façon très soignée avec encadrements de tirets à couleurs variées et changeantes, passant du jaune à l'orangé, du bleu au vert, etc. Ce n'est pas tout : M. Pierre Pic, que je soupçonne fort d'être un pseudonyme, a orné son recueil d'une galerie incomparable de portraits admirablement rendus d'après les gravures du temps : On trouve donc là un vrai musée historique contenant 80 planches parfaitement exécutées. Ce livre fera le bonheur des bibliophiles.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

L'adénopathie trachéo-bronchique dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire chronique chez les enfants, par le Dr Charles LEROUX (*Acad. de méd.*, 26 nov. 1907). — 1° En s'appuyant sur l'étude de 500 dossiers prolongée pendant plusieurs années chez les mêmes enfants, en menant de front l'examen clinique et l'examen radioscopique, on reconnaît qu'il existe deux modes de début de la tuberculose pulmonaire chronique de l'enfance :

a) *La tuberculose à début ganglionnaire*, qui (toutes réserves faites sur la porte d'entrée de l'infection) commence cliniquement par les ganglions trachéo-bronchiques, et qui, après des trêves plus ou moins longues, gagne le sommet du poumon ;

b) *La tuberculose à début pulmonaire*, qui commence d'emblée par le sommet du poumon et qui secondairement s'accompagne d'adénopathie trachéo-bronchique.

Ces deux formes du début aboutissent toutes deux à la tuberculose ganglio-pulmonaire qui évolue dès lors classiquement.

2° La tuberculose ganglionnaire est l'apanage des tout petits, depuis le nourrisson jusqu'à l'âge de huit et dix ans; elle est très fréquente de un à cinq ans.

La tuberculose pulmonaire est réservée aux plus âgés et présente son maximum de fréquence de douze à quinze ans.

La tuberculose ganglio-pulmonaire tient le milieu.

3° Ces deux modes de début, l'un ganglionnaire, l'autre pulmonaire, correspondent-ils à deux modes différents d'infection : infection digestive chez les petits, infection pulmonaire chez les plus grands? La question est plus complexe, car chez les petits la clinique montre que l'infection des ganglions trachéo-bronchiques paraît suivre plusieurs voies principales :

La voie pulmonaire qui est fréquemment empruntée; la lésion pulmonaire (broncho-pneumonie, pleurésie, etc.) disparaît, l'adénopathie reste.

Rarement la voie lymphatique descendante par infection rhino-pharyngienne ou cutanée (impetigo chronique), les ganglions cervicaux, sus-claviculaires, etc.

Enfin la voie lymphatique (ou sanguine) ascendante par pénétration à travers les voies digestives des bacilles déglutis.

Cliniquement, des trois, la voie de pénétration pulmonaire paraît la plus fréquemment suivie. Il y a, du reste, lieu d'opposer la très grande fréquence de la tuberculose ganglionnaire trachéo-bronchique et ganglio-pulmonaire observée au dispensaire, à la grande rareté de la tuberculose clinique des ganglions mésentériques et de l'adéno-péritonite tuberculeuse. Il semble donc difficile d'admettre l'unique infection d'origine digestive et, si chez eux c'est le ganglion qui reste le siège de la tuberculose permanente, cela tient à la défense ganglionnaire plus intensive à cet âge. Il semble, en effet, que chez les tout petits la rétention des bacilles et des leucocytes qui les transportent s'effectue plus facilement dans les ganglions que chez les plus grands.

Chez ces derniers le sommet du poumon s'infecte bien avant les ganglions trachéo-bronchiques. S'agit-il dès lors d'une infection du poumon par la voie intestinale, puis lymphatique ou sanguine, sans passer par les ganglions trachéo-bronchiques, ou s'agit-il plutôt d'une infection directe du poumon par les poussières bacillifères? Le fait est très probable. La clinique permet une supposition, non une solution.

4° Cliniquement le diagnostic de la tuberculose ganglio-pulmonaire est quelquefois plus délicat que celui de la tuberculose pulmonaire sans adénopathie, en raison de la propagation et du retentissement vers les sommets des bruits ganglionnaires, en particulier du souffle bronchique inspiratoire et surtout expiratoire.

De gros signes du sommet (respiration soufflante, surtout expiratoire) sont quelquefois des signes de retentissement du souffle bronchique ganglionnaire; au contraire, de faibles signes permanents, surtout inspiratoires, ont plus de valeur.

Comme conséquence de ce retentissement vers les sommets du souffle bronchique

ganglionnaire, on constate quelquefois une exagération des symptômes du sommet, d'où plus de signes que de lésions réelles.

La succession de signes d'auscultation est souvent « moins classique » dans la tuberculose ganglio-pulmonaire que dans la tuberculose pulmonaire sans adénopathie.

5° La valeur de l'examen radioscopique est très grande pour dépister les adénopathies trachéo-bronchiques, uni ou bilatérales, quelquefois sans signes cliniques. Elle est presque nulle dans la tuberculose pulmonaire commençante; c'est un simple supplément d'information, la clinique ici reprend largement ses droits.

6° La tuberculose ganglionnaire est souvent la première localisation clinique de la tuberculose infantile; c'est elle qui fait plus tard les tuberculoses ganglio-pulmonaires méningées, osseuses. Or, par l'examen clinique, et par l'examen radioscopique on peut dépister les petites adénopathies trachéo-bronchiques commençantes.

C'est donc beaucoup plus la tuberculose ganglionnaire que la tuberculose ganglio-pulmonaire qu'il faut rechercher chez les nourrissons et chez les jeunes enfants, dans les crèches, dans les gouttes de lait, etc., et cela bien avant l'âge de l'école, époque à laquelle on trouve déjà la tuberculose ganglio-pulmonaire.

7° En raison des longues trêves qui séparent les diverses étapes de cette évolution ganglionnaire, puis ganglio-pulmonaire, et de l'énergique défense qu'opposent ordinairement les enfants à l'envahissement ganglio-pulmonaire de la tuberculose, il y a lieu de les déraciner de leur milieu. Nous les réclamons pour les sanatoriums maritimes où guérissent admirablement les tuberculoses localisées, ganglionnaires ou autres.

Il y a lieu de réclamer de longs séjours et de protester contre les courts séjours pratiqués dans la plupart des établissements et des œuvres antituberculeuses qui ne donnent que des illusions de guérisons et non des guérisons définitives.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

RÉCENTES PUBLICATIONS :

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE THÉRAPEUTIQUE

par les Drs **E. BOUCHUT** et **A. DESPRÉS**

Septième édition revue et mise au courant de la science, par les Drs Henri MARION et Fernand BOUCHUT

1 vol. gr. in-8 avec 1096 fig., prix, broché, **25** fr.; — relié..... **30** fr.

LES MALADIES DE L'ÉNERGIE

LES ASTHÉNIES GÉNÉRALES (ÉPUISEMENTS — INSUFFISANCES — INHIBITION)

CLINIQUE — THÉRAPEUTIQUE

par le Dr **Albert DESCHAMPS** (Préface de M. le professeur F. RAYMOND)

1 volume in-8..... **8** fr.

L'ALIMENTATION A BON MARCHE SAINE ET RATIONNELLE

par **Jean LAHOR** (Dr CAZALIS) et le Dr **LUCIEN-GRAUX**

1 volume in-16..... **3** fr. **50**

THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DE LA PEAU

par **F.-G. UNNA**

Traduit de l'allemand avec un appendice sur la

RADIOTHÉRAPIE DES MALADIES DE LA PEAU

par les Drs **A. DOYON** et **P. SPILLMANN**

1 volume grand in-8..... **8** fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement du prurigo d'origine gastrique,

Par le professeur Albert Robin (1).

I

Dans l'état actuel de nos connaissances médicales, il ne nous est pas permis, en présence de l'affection même la mieux caractérisée, la plus sûrement diagnostiquée, de lui appliquer systématiquement, dans tous les cas, un traitement étiologique et pathogénique. Sans doute, ce sera là la thérapeutique de l'avenir; mais, pour en arriver là, il faudra que bien des problèmes étiologiques aient été résolus. Or, nombreuses sont encore les maladies dont les causes actuellement nous échappent, en dépit des théories éphémères que nous voyons naître chaque jour. Par contre, dans les rares cas où la pathogénie d'une affection nous est nettement connue, nous pouvons déduire de cette origine des principes de traitement d'une rigueur vraiment scientifique et instituer ce que j'oserai nommer du nom un peu ambitieux de thérapeutique mathématique.

Cette leçon va nous en fournir un exemple. Je vous montrerai combien il est aisé de faire disparaître, dès qu'on en connaît la cause, une forme de prurit classée comme extrêmement rebelle. J'empiète ici, me direz-vous peut-être, sur le domaine de la dermatologie. C'est à dessein, vous répondrai-je. Chaque jour nous voyons davantage entamer par les spécialistes le domaine de la médecine générale. Les tuberculeux ne sauraient plus, semble-t-il, être soignés convenablement que dans les sanatoria. Les dyspeptiques eux-mêmes s'adressent maintenant aux chirurgiens qui, s'ils ne suppriment pas la cause de leur mal, en suppriment au moins l'organe et confondent volontiers ensuite un malade échappé à la mort opératoire avec un malade guéri. Je ne parle pas des laryngologistes, des otologistes, etc. Il importe d'enrayer ce mouvement qui tendrait à ne plus laisser au médecin praticien qu'un rôle de triage. N'hésitez pas, en accroissant l'étendue de vos connaissances, à reconquérir une partie du terrain perdu par vos prédécesseurs.

Beaucoup de prurigos ont une origine purement gastrique, comme vous allez le voir. Étudions-les ensemble et vous verrez comme il vous sera facile de les traiter vous-mêmes sans avoir recours à la science des dermatologistes.

(1) Leçon professée à la Clinique thérapeutique de la Faculté (hôpital Beaujon) recueillie par le Dr R. Blondel et revue par le professeur.

II

Les prurigos forment, en dermatologie, un groupe asssz mal déterminé. Jusqu'à la communication de M. Besnier, au Congrès de Londres, la confusion la plus grande régnait dans les descriptions et les classifications de cette affection si commune.

Avec Besnier on a appris à distinguer : 1° les *prurits simples*, 2° les *prurigos*.

Les prurits simples sont caractérisés par la démangeaison. Nous laissons de côté les prurits de *cause externe*, celui de la gale par exemple. Ceux dits de *cause interne* sont, en général, d'ordre toxique : tels sont ceux qui apparaissent à la suite de l'absorption de certains médicaments, de l'ingestion d'aliments avariés, de l'ictère, de la grossesse, du diabète, de la goutte, de la leucémie, ou dans certaines saisons chez les vieillards.

Dans le prurit, il n'existe donc qu'un *symptôme*, la démangeaison, et pas de *lésions*. Mais bientôt, à la suite du grattage, celles-ci vont apparaître. Secondairement, surviennent alors des infiltrations dermiques, puis la lichénification ou l'eczématisation de la peau, des érythrodermies, de l'urticaire, etc. Dès que le prurit s'accompagne de papules, le prurigo est constitué, et c'est sur ces papules que viendront successivement se greffer les lésions que je viens d'énumérer.

Les prurigos *idiopathiques* comprennent donc comme éléments essentiels le *prurit* et la *papule*.

Les dermatologistes distinguent ensuite les prurigos *aigus* et les prurigos *chroniques*.

Les prurigos *aigus* se classent eux-mêmes en simple, aigu, subaigu et atypique. Dans ce dernier cas, la papule manque, mais les altérations dermiques sont figurées par un eczéma spécial extrêmement prurigineux.

Les prurigos *chroniques* ont pour type le prurigo de Hébra caractérisé par un prurit avec eczéma en placards, affection commençant dès l'enfance et pouvant durer toute la vie, regardée généralement comme incurable.

A côté du prurigo *idiopathique* se place le prurigo *diatésique* décrit par Besnier. C'est, somme toute, une simple variété du prurigo de Hébra, mais susceptible de guérison. L'élément papule manque, mais la lichénification et l'eczéma existent.

De cette revue rapide des divers types de prurigos, concluons avec Besnier que, « sous ce nom, on désigne une affection cutanée dans laquelle le prurit est le symptôme prédominant et le premier en date, quelles que soient les manifestations extérieures de cette affection. Ultérieurement, le prurit provoque du grattage, celui-ci est l'origine de lésions cutanées variables selon les cas : papule, lichénification, eczématisation, et où, à la faveur de légères érosions de la peau, l'infection peut s'installer ».

En résumé, le prurit est bien le phénomène initial du prurigo. Les lésions cutanées ne sont jamais que consécutives et ont pour causes le grattage et l'infection de la peau.

III

Quelles sont donc les causes du prurit en lui-même?

Beaucoup ont été invoquées : on a incriminé l'infection, l'action du système nerveux, que sais-je encore? M. Besnier a seul, à mon sens, donné une explication satisfaisante. Pour lui, le prurit est dû à une *toxidermie* avec adultération du sang. C'est le symptôme d'une intoxication et M. Besnier en a fourni la preuve, car chez tous les malades atteints de prurit, on a trouvé une éosinophilie très marquée.

M. Leredde, qui a pu vérifier ces faits, a constaté chez tous les prurigineux une éosinophilie atteignant 8 à 9 p 100, alors qu'à l'état normal la proportion des globules blancs éosinophiles dans le sang ne dépasse pas 1 à 2 p. 100. Dans des recherches ultérieures qu'il a entreprises dans mon service, il a même trouvé des proportions bien supérieures, atteignant jusqu'à 18 p. 100.

On a objecté jadis à M. Besnier que ceci n'excluait pas l'idée d'une névrodermie. Mais M. Besnier a nettement établi qu'en aucun cas le système nerveux n'était le *primum movens*, et que s'il se trouvait fatalement en cause à un moment donné, ce n'était que pour faire varier l'intensité du prurit suivant les dispositions individuelles des sujets.

Qu'est-ce donc que cette toxidermie et quelle en est l'origine? Il est clair que si nous arrivons à l'établir, le problème du traitement se posera pour nous en des termes très simples. Il suffira, ayant trouvé cette cause, de la combattre par une médication appropriée, et nous traiterons alors sans difficulté les lésions cutanées de grattage et d'infection auxquelles manquera désormais leur *substratum*. Cette dernière partie du traitement, si vous le voulez, relèvera du dermatologiste : mais les deux premières, la recherche de la cause de la toxidermie et de son remède, appartiennent incontestablement au clinicien et au simple praticien.

Nous allons faire cette recherche sur un de nos malades, chez qui elle se présente dans des conditions de complexité bien faites pour désorienter tout d'abord Son passé pathologique est plutôt touffu, comme vous allez le voir.

Cet homme, qui est couché au numéro 12 de la salle Louis, est un ébéniste âgé de soixante-trois ans. On pourrait être tenté immédiatement de classer son prurigo comme prurigo sénile. Vous allez voir qu'il n'en est rien : mais écoutez d'abord son histoire.

En 1864, étant aux colonies, il a eu la fièvre jaune.

En 1880, il a eu une crise de rhumatisme articulaire aigu.

En 1891, il a eu de la gangrène pulmonaire, avec crachats purulents et fétides.

En 1892, il tombe d'un échafaudage : on le relève avec une fracture de côte et une fêlure du crâne. A la suite de cet accident, il présente de la polyurie, qui va jusqu'à *18 litres* d'urine par jour. Il a également de la polyphagie et l'on pense alors à un diabète pancréatique. Mais il n'a jamais eu de sucre dans ses urines. Peu à peu cette polyurie disparaît et le malade finit par uriner la quantité normale.

En 1901, le prurit fait son apparition, très violent d'emblée et très persistant. Le grattage produit de telles lésions que le malade entre à l'hôpital, dans un service de dermatologie, où on le considère comme eczémateux et où on le traite comme tel. Il présente des papules qui subissent la lichénification et il finit par guérir au bout de plusieurs mois.

En 1904, nouvelle attaque de gangrène pulmonaire avec expectoration fétide.

En janvier 1907, il entre dans notre service, se plaignant d'un prurit incessant. En outre, il est très fatigué, très surmené. Il tousse, il expectore abondamment. Il a considérablement maigri. Ses crachats sont nummulaires. On entend des gargouillements au niveau de son sommet gauche : on y constate le bruit de pot fêlé ; il y a là une assez vaste excavation. En plus, son sommet droit présente des signes de début d'infiltration.

Il est de nouveau polyurique et rend 6 litres d'urine par jour : il y a des traces d'albumine, mais pas de sucre. Les urines sont troubles, ammoniacales, et il élimine une grande quantité de phosphates. Il est en pleine déchéance nutritive.

Ce n'est pas tout. Il a des vertiges, des bourdonnements d'oreille. Ses artères sont dures et il présente un léger degré d'hypertension. Son cœur commence à fléchir. En somme, c'est aussi un artério-scléreux. On peut donc se demander encore si son prurit ne se rattache pas à des troubles circulatoires périphériques.

Enfin, il se gratte toute la journée d'une façon incessante et même la nuit. Ses jambes, ses bras, son dos, ses pieds, la face interne des doigts sont le siège de démangeaisons continues. Il se gratte avec rage, au point de ne pouvoir dormir, ce qui augmente encore sa faiblesse. Les lésions cutanées sont légères, car le prurit est encore de date récente. Ce ne sont pas les lésions secondaires du prurigo : il n'y a encore ni eczéma, ni lichénification.

Quelle est donc la cause de ce prurit? est-ce l'artério-sclérose? est-ce du prurigo sénile? Serait-ce du prurigo diabétique? Il n'y a pas de sucre.

Eh bien, l'origine de ce prurigo est tout autre, comme vous allez le voir.

Il y a dix ans, nous avons entrepris avec M. Leredde, des recherches sur 30 individus atteints de prurits de toute forme, depuis le prurigo léger jusqu'au prurigo eczématisé. Nous avons recherché chez eux des troubles dyspeptiques, et chez tous, nous les avons trouvés avec des formes variables, tantôt l'hypersthénie, tantôt l'hyposthénie, mais avec ce caractère constant qu'il existait toujours des fermentations gastriques. Il y avait là plus qu'une coïncidence.

Mais quelles pouvaient être les relations existant entre les fermentations gastriques et le prurit? Fallait-il incriminer une action réflexe ayant pour point de départ l'irritation de la muqueuse gastrique et aboutissant à la peau? La théorie peut être séduisante, mais ce n'est jamais là qu'une théorie, et je préfère, comme vous le savez, m'en tenir toujours aux seuls résultats de l'observation.

Nous avons examiné le sang de ces malades, et chez tous nous avons trouvé, comme je vous l'ai dit, de l'éosinophilie. Serait-ce donc par le sang que se ferait le passage de l'infection gastrique à la peau au lieu de mettre en cause le système nerveux? Mais dira-t-on, si tous les sujets qui présentent des fermentations gas-

triques ont en même temps de l'éosinophilie, et si vous faites de celle-ci la cause du prurit, pourquoi ne sont-ils pas tous prurigineux?

Ici, je le veux bien, on peut faire intervenir la prédisposition individuelle, et réserver au système nerveux le rôle de créer chez chacun une intensité plus grande de la sensation de démangeaison selon son tempérament. Mais ce rôle n'est absolument que secondaire et c'est dans l'estomac qu'il faut chercher la cause essentielle de l'intoxication du sang et des symptômes qui en découlent du côté de la peau.

Voici comment nous l'avons prouvé, M. Leredde et moi.

Nous avons cherché s'il n'était pas possible de retrouver sur la peau des produits semblables à ceux qui existaient dans l'estomac et dont l'absorption par le sang, puis l'élimination par la peau, pourraient expliquer l'apparition du prurit.

Lorsqu'on fait prendre du jaborandi à un sujet sain, vous savez qu'on détermine chez lui une véritable crise sudorale. Or, chez nos sujets, la sueur ainsi produite est deux fois plus acide qu'elle ne l'est à l'ordinaire. A l'état normal, l'acidité est très marquée dans les premières gouttelettes de sueur qui apparaissent, puis elle diminue, et la sueur de la fin de la crise est à peine acide, presque neutre. Chez nos dyspeptiques prurigineux, la sueur provoquée par le jaborandi reste aussi acide à la fin de l'expérience qu'au commencement.

Nous avons recherché alors quel était cet acide ; 28 fois sur 30, il s'agissait de l'acide lactique ; dans les deux autres cas, c'était l'acide butyrique. Nous avons pu trouver ainsi jusqu'à 2 gr. 50 et même 3 grammes d'acide lactique par litre, dans la sueur des prurigineux.

J'en conclus que dans l'immense majorité des cas, le prurit est dû à des fermentations gastriques et aux acides qui en résultent, acides qui sont repris par le courant sanguin où ils déterminent de l'éosinophilie, et éliminés par la peau, où ils causent l'irritation prurigineuse. L'intensité du prurit est fonction de la quantité d'acide éliminé et de l'état général du sujet.

Le problème étiologique était résolu. Dès lors, le problème thérapeutique devenait des plus simples.

A suivre.)

NOTES DE PRATIQUE COURANTE

Traitement médical des inflammations pelviennes chez la femme,

Par le Dr Raoul Blondel,
Chef de laboratoire à la maternité de la Charité.

Le praticien appelé pour la première fois auprès d'une malade atteinte d'inflammation pelvienne — et j'emploie ici volontairement cette dénomination très générale — a pour devoir, sans doute, de préciser son diagnostic autant que la

chose lui est possible, et de s'assurer tout d'abord s'il s'agit d'une salpingite isolée, d'une salpingo-ovarite, d'une pelvi-péritonite ou d'une cellulite pelvienne. De cet examen dépend le pronostic à établir et ceci est d'une importance capitale, tant pour les prévisions qu'il doit laisser entrevoir à sa cliente que pour le plan thérapeutique qu'il doit déjà esquisser dans son esprit.

Mais, pratiquement, il faut bien dire que ces distinctions cliniques essentielles influeront fort peu sur la conduite qu'il aura à tenir et que celle-ci se résumera presque toujours à remplir un certain nombre d'indications très simples. Nous allons essayer de les présenter successivement en prenant comme objets de démonstration un certain nombre de types choisis parmi ceux que les praticiens sont appelés à rencontrer le plus souvent.

A. Voici une malade jeune, mariée depuis deux mois. Les dernières règles ont subi un léger retard. On a espéré un instant un début de grossesse. Puis les règles sont arrivées, plus abondantes que d'habitude, plus ou moins douloureuses même. Les règles passées, la malade a commencé à souffrir dans le ventre, d'un côté seulement ou même des deux. Si c'est à droite, on a sans doute songé à la possibilité d'une appendicite.

Appelé auprès de la malade, vous constatez que le ventre est très sensible à la pression, que des douleurs spontanées se produisent par crises, plus rarement d'une manière sourde et continue. La température est faiblement augmentée. Au toucher, le vagin est chaud, les culs-de-sac sont plus ou moins empâtés. Les mouvements communiqués au col par l'index arrachent des cris de souffrance. Il y a de la leucorrhée purulente, non glaireuse. Les mictions sont parfois plus fréquentes, plus ou moins douloureuses.

Interrogez le mari, et vous apprendrez qu'il a eu un écoulement blennorragique déjà ancien, « mais complètement guéri » : il n'éprouvait plus de douleur à la miction depuis longtemps et aucune goutte n'était plus visible, si ce n'est parfois le matin, et encore.

Ceci dit, vous pouvez passer outre. C'est une infection blennorragique. L'étape utérine a été rapidement franchie et il s'agit d'une para-métrite ou d'une salpingo-ovarite simple ou double.

Il y a des variantes.

D'autres fois, la malade est mariée depuis longtemps et a joui jusque-là d'une parfaite santé génitale. Le début des accidents après les règles, des douleurs à la miction ayant éveillé votre méfiance du côté du gonocoque, conduisez votre interrogatoire avec prudence. Le mari est peut-être innocent et le tiers responsable est ailleurs. Ou bien le mari est réellement coupable et il est inutile d'éveiller les soupçons de l'époux. Si l'idée d'une fausse couche vous est proposée, acceptez-la sans sourciller. Votre traitement n'y perdra rien et vous aurez évité des drames conjugaux dont vous seriez peut-être la première victime.

Il s'agit d'une inflammation aiguë. L'indication est double : calmer la douleur et enrayer les progrèss du mal. Avant tout, repos absolu au lit, dans un décubitus dorsal sévère.

La trypsine dans le traitement du cancer.

Se basant sur le point mis en lumière par Béard (d'Edimbourg) à savoir que la trypsine digère spécialement les cellules épithéliales, le Dr Shaw Mackenzie, de Londres, a songé à tirer parti de cette propriété pour appliquer la trypsine au traitement des tumeurs épithéliomateuses. En outre, le glycogène étant nécessaire au développement de ces tumeurs, et la trypsine transformant le glycogène en sucre, c'est-à-dire le detruisant dans les tumeurs, il y avait là un second motif d'expérimenter cette nouvelle méthode.

M. Shaw Mackenzie a publié 4 cas qui, s'ils ne démontrent point une action définitivement curative de la trypsine sur le cancer, montrent qu'elle exerce indéuiablement des effets favorables sur la marche de la maladie, et que, préparée avec soin et employée aseptiquement elle n'amène aucun effet nocif.

Depuis lors, beaucoup d'expérimentateurs ont vérifié ces résultats. Pusez a traité par trypsine 7 cas de carcinome inopérable et 1 cas de sarcome à cellules rondes Il y a eu dans 1 cas au moins, une influence nettement salutaire. Brainbridge conclut en recommandant les injections interstitielles de trypsine et d'amylopsine combinées avec un régime approprié. Donati recommande le traitement pour les tumeurs point trop volumineuses, chez les malades présentant encore un bon état général, car la durée de ce traitement est longue. Campbell a vu par les injections de trypsine diminuer considérablement une tumeur cancéreuse ayant envahi l'amygdale, la base de la langue et l'épiglotte. Goeth n'a pas eu de résultats dans un sarcome du cou et dans une tumeur du sein ; mais dans un cancer de la face et chez un autre cancer du sein, des injection de trypsine et d'amylopsine ont donné des effets tellemeut satisfaisants qu'ils équivasnt à une guérisan. Morton a publié 14 observations de traitement de tumeurs maligne par la trypsine, et a obtenu des résultats tout à fait remarquables, dans plusieurs cas, selon lui, des guérisons véritables.

A Berlin, Leyden et Bergell ont constaté que la pancréatine digère rès rapidement *in vitro* le tissu carcinomateux vrai et ont pu vérifier que les injections pratiquées dans la masse même des tumeurs donnaient des résultats identiques. La seule difficulté fut de se procurer des solutions à la fois concentrées, stables et stériles. Cependant Leyden y est parvenu et la maison Defresne, en France, prépare de telles solutions aujourd'hui dans des conditions absolument irréprochables. En employant la trypsines par la voie buccale, ils ont obtenu des résultats très nets sur tous les carcinomes de l'estomac n'ayant pas suivi une marche trop rapide et n'ayant pas encore donné naissance à des foyers métasattiques.

Kuhn, opérant de la même façon a eu des améliorations considérables dans le carcinome de l'estomac : régression de la tumeur, cessation des vomissements, relèvement de l'appétit et du poids corporel.

De l'ensemble des faits qui précédent on est en droit de conclure qu'un essai de traitement par les préparations de pancréatine ou de ferments pancréatiques s'impose chez les cancéreux, dans deux catégories de circonstances.

1° Chez les malades affectés d'un cancer primitif du tube digestif et principalement de cancer de l'estomac, auquel cas il y a lieu de recourir à l'administration interne des ferments pancréatiques.

2° Dans les cas de cancer superficiel, inopérable, et alors il est nécessaire d'associer les injections locales de trypsine à l'administration interne des ferments pancréatiques.

L'essentiel, bien entendu, est d'avoir sous la main, des préparations à la fois *efficaces, stables et inoffensives*. Les accidents observés, un certain nombre de fois, à la suite des injections de trypsine, s'expliquent sans peine, quand on tient compte des difficultés à vaincre pour obtenir des solutions stériles de ferments pancréatiques. D'autre part nous avons déjà signalé que ces solutions sont le siège d'une véritable *autodigestion*, du fait de laquelle elles perdent, au bout d'un certain temps, la plus grande partie de leur activité physiologique et thérapeutique. Il importe, dès lors, de n'employer pour les injections locales que des solutions relativement fraîches. Enfin le choix des préparations pancréatiques destinées à l'usage interne n'est pas non plus chose indifferente, étant données les difficultés techniques et autres, auxquelles se heurte l'obtention de ces préparations et la rapidité avec laquelles elles subissent des décompositions putrides. En fixant leur choix sur la pancréatine Defresne, les médecins auront la certitude de se mettre à l'abri de ces inconvénients (1).

---

(1) La Maison Defresne, dont les travaux sur les ferments pancréatiques et trypsiques sont connus de longue date, prépare une trypsine en poudre, d'une très grande activité.

La Trypsine Defresne se prend à la dose de 25 à 50 centigrammes, à la fin de chacun des deux principaux repas, délayéedans un peu d'eau sucrée, de vin ou tout autre liquide froid ; une petite cuiller-mesure accompagnant le flacon facilite le dosage. Soit deux cuiller-mesures à la fin du repas.

Traitement de la Syphilis par les injections intra-musculaires d'huiles au Calomel indolores Vigier à 0 gr. 05 et à 0 gr. 10 par seringue de Pravaz de 1 cc. et d'huiles au calomel concentrées indolores Vigier à 0 gr. 05 et à 0 gr. 10 par seringue spéciale du Dr Barthélemy à 15 divisions, nouveau modèle Vigier.

Les syphiligraphes emploient de plus en plus les injections mercurielles insolubles et attribuent à l'injection de *calomel* une action plus énergique et rapide ; aussi dans les cas graves, la préfèrent-ils, même à l'*huile grise* à 40 p. 100.

Comme il est admis aujourd'hui que, pour les njections insolubles, moins on introduit de produit dans les muscles, mieux cela vaut, je prépare, dans ce but, deux sortes d'huiles au calomel dont la concentration est telle qu'une seringue du Dr Barthélemy à quinze divisions renferme soit 0. gr 05, soit 0 gr. 10 de calomel. On a ainsi un *dosage exact*, et il est très facile d'injecter la dose que l'on désire sans calcul compliqué. Cette injection *concentrée* est remarquablement supportée par les tissus et on évite la douleur et les accidents.

L'excipient est un mélange stérilisé d'huile d'olive lavée à l'alcool, de vaseline pure et de gaïacol camphré; il est inaltérable et en proportions telles qu'il est fusible à 30°, c'est-à-dire à la chaleur de la main.

Pour préparer l'*huile au calomel à* 0 gr. 05 par seringue spéciale du Dr Barthélemy, prendre :

Excipient.....	25 grammes
Calomel impalpable et lavé à l'alcool.....	5 —

Pour l'huile à 0 gr. 10 centigrammes par seringue :

Excipient.....	20 grammes
Calomel impalpable et lavé.....	10 —

On opère par simple mélange et, après *stérilisation*, on divise en petits flacons *stérilisés*. On obtient ainsi des huiles très homogènes dans lesquelles le calomel se trouve à un état de très grande division à dosage invariable.

Quant à la seringue spéciale, on obtient un dosage exact : la manipulation est facile et l'aseptie parfaite; car dès que cette seringue a servi une fois, elle reste stérilisée, le mercure étant un des antiseptiques les plus puissants. Pour la stériliser, il suffit d'y introduire de l'huile grise ou de l'huile au calomel, de la laisser en contact quelques instants et de rejeter cette première huile.

Note sur l'emploi du Gonosan.

Par le Dr Marcel Deschamps,
Ancien interne des hôpitaux, assistant de la polyclinique des maladies des voies urinaires à l'hôpital Beaujon.

Nous avons employé le gonosan comme traitement de la blennorragie chez douze malades, avec les résultats suivants. Dans dix cas, le médicament a diminué très rapidement les douleurs au bout de deux ou trois jours; dans la plupart de ces cas également, l'écoulement a paru plus fluide en même temps que la douleur à l'érection et à la miction s'atténuait. Sur ces dix blennorragies, quatre étaient compliquées de cystite; le médicament a agi également sur les douleurs vésicales.

Les deux autres malades qui n'ont pas bénéficié de l'emploi du gonosan ont présenté, l'un de l'intolérance gastrique, l'autre n'a pas vu ses douleurs diminuer et a même présenté des accidents de cystite au quatrième jours de traitement.

Dans tous les cas l'écoulement ne s'est jamais tari complètement par le traitement médicamenteux, et on a été obligé d'employer les grands lavages urétro-vésicaux à l'oxycyanure de mercure pour obtenir la guérison complète.

Il n'en reste pas moins établi que le gonosan est un médicament précieux dont l'emploi est à retenir pour combattre les douleurs parfois si intenses qu'on observe chez les blennorragiques à l'érection et à la miction : il paraît également rendre des services dans les cas de cystite.

L'inflammation pelvienne dûment éteinte, vous traiterez alors la métrite : jusque-là, *n'y touchez pas*.

B. Le début est tout autre. La malade, quelques jours après une couche et surtout une fausse couche, est prise de frissons, d'élévation de la température et présente des signes manifestes d'infection.

Même traitement en donnant la préférence à la glace pour les applications ventrales. A l'intérieur, donnez de la quinine ; faites des injections de ferments métalliques d'Albert Robin.

C. La malade est plus âgée : elle n'a ni blennorragie, ni infection puerpérale, mais son passé gynécologique n'est pas intact. Elle a eu de la métrite: ses règles sont douloureuses, le plus souvent abondantes. Elle a des pertes blanches. La crise actuelle a débuté à la suite d'un arrêt brusque des règles ou de fatigues exagérées: autrefois c'était le bal, aujourd'hui c'est l'automobile qu'il faut soupçonner, — sans oublier les excès de coït, ou les injections d'eau froide après celui-ci. Enfin, l'inflammation peut éclater sans cause nettement apparente, vers la ménopause.

Bref, un foyer microbien mal éteint s'est ravivé à l'occasion d'une congestion traumatique ou autre. Quoi qu'il en soit, les lésions sont les mêmes que dans les deux cas précédents.

Vous appliquerez le même traitement, dans ses règles fondamentales: injection, puis tamponnements, lavements chauds, révulsion ventrale.

Ici, vous vous trouverez bien de l'emploi des ventouses scarifiées ou des sangsue appliquées sur le flanc douloureux. Les scarifications du col, faites très aseptiquement, vous rendront des services, mais comptez toujours, surtout, sur les lavements chauds à l'ichthyol, en supprimant le laudanum dès que la violence des douleurs ne l'imposera plus.

D. Il s'agit d'un cas ancien. La malade a guéri tant bien que mal de ses phénomènes aigus, bien qu'ils aient reconnu pour cause l'un des facteurs cités plus haut. La douleur n'apparaît qu'à l'occasion de la marche ou des fatigues physiques, car la malade est levée et vaque de son mieux à ses occupations.

Il y a de la métrite avec sécrétions plus ou moins abondantes, plus ou moins infectées. Les annexes sont plus ou moins volumineuses, douloureuses toujours à la pression: le coït est redouté. Il y a des exacerbations à chaque période menstruelle. L'état général est médiocre. On trouve des adhérences dans le petit bassin, souvent de l'entérite muco-membraneuse ou de la rectite glaireuse.

Repos au lit; lavements ichthyolés matin et soir. Columnisation du vagin à l'aide de tampons petits, très nombreux et placés avec art. Révulsion ventrale à l'aide de l'essence de térébenthine. Sacs de sable ou de grains de plomb placés pendant la nuit sur le ventre. A l'intérieur, toniques énergiques: glycérophosphates, sérum de Chéron. Scarifications aseptiques du col. Douches chaudes et alcalines sur celui-ci. Traitement très doux de la métrite : applications intra-cervicales de teinture d'iode si celle-ci est légère, de nitrate d'argent à 10 p. 100 si elle est rebelle et s'il y a de l'ectropion (pseudo-ulcération), et enfin de créosote pure s'il y a des sécrétions purulentes résistant aux deux topiques précédents.

Bains prolongés tous les deux jours.

E. Forme torpide : l'inflammation est quasi éteinte : la douleur est modérée et n'existe qu'à la pression. Ce qui domine, ce sont les reliquats : adhérences, exsudats épanchés entre ces adhérences ou même dans les mailles du ligament large (tumeurs fantômes), ovaire gros, trompe épaisse, déviations utérines, troubles menstruels.

1re période. Lavements à l'ichthyol pour achever d'éteindre l'inflammation. Tamponnement vaginal.

2e période. Dilatation utérine à l'aide de lanières de gaze iodoformée ou salolée imbibées de glycérine ichthyolée ou iodée et introduites au moyen de notre porte-mèches intra-utérin. Prolonger cette dilatation (répétée quotidiennement) pendant une semaine entre chaque période menstruelle. La faire suivre chaque fois d'un massage des annexes très discret, très court et suspendu au moindre signe de réveil inflammatoire.

Si cette dilatation ne donne pas de résultats suffisants au bout de deux ou trois périodes, si surtout les règles sont abondantes, curettage.

Compléter le traitement par une cure à Néris chez les névropathes, les arthritiques, les douloureuses, — à Luxeuil chez les torpides et les entéritiques, — à Ussat si la douleur domine et reste disproportionnée aux lésions, — à Salins chez les congestives.

F. L'inflammation pelvienne a évolué vers la suppuration. Il y a une poche nettement collectée. Incision par le vagin, après désinfection soignée de celui-ci : drainer avec des mèches de gaze, au besoin avec des drains si la collection est considérable.

Mais il se peut que, pendant que vous temporisez, le pus se fasse jour au dehors : 98 fois sur 100, c'est vers le rectum, solution médiocre qui laisse une porte ouverte à des réinfections continuelles de la poche par les microbes intestinaux. Combattez celle-ci de votre mieux par des lavements créosotés. (Phosphotal : une cuiller à café dans un verre de lait, pour un lavement à garder, chaque soir.) Faites du massage de la poche, du tamponnement vaginal. Imposez le repos au lit au moment des règles, modérez le coït et interdisez les excitations de même ordre.

Contre les foyers invétérés, constamment récidivants chez les malades qui n'apportent pas à leur traitement la patience nécessaire, il reste la ressource de l'hystérectomie vaginale. J'avoue que, depuis dix ans, je n'ai plus trouvé un seul cas où elle se soit imposée. Par contre, je puis me vanter de l'avoir empêchée nombre de fois chez des malades qui déjà l'acceptaient et à qui elle avait été offerte comme l'unique et suprême ressource. Je ne dis pas qu'il ne faut jamais la faire. Elle a de très honnêtes partisans. Je dis seulement que ses indications sont devenues exceptionnellement rares et qu'une malade patiente et surtout un médecin patient sauront presque toujours l'éviter.

Si la douleur est très violente, le ventre ballonné, s'il y a des tendances à la nausée, ou même de véritables vomissements, application large et prolongée de glace sur le ventre, — application surveillée, bien entendu; les tribunaux vous guettent.

Si la douleur est moyenne, procédant par crises avec des rémissions, contentez-vous de larges cataplasmes arrosés de laudanum, si vous sentez que l'on vous fera grief de vous dérober à cette tradition aussi inutile qu'invétérée.

Si la douleur est bien localisée dans la région ovarienne, vésicatoire, ou si celui-ci soulève quelque objection, application d'un carré de flanelle arrosé d'une ou deux cuillerées à café d'essence de térébenthine et maintenu en place, sous taffetas gommé, aussi longtemps que la malade pourra le supporter.

Vous pouvez au cataplasme substituer des sacs d'eau chaude ou des coussins de caoutchouc remplis d'une solution sursaturée d'acétate de soude et réchauffés dans l'eau bouillante (principe des *bouillottes* de chemins de fer). Mais c'est lourd et on n'en a pas toujours sous la main.

Pratiquez trois fois par jour une large injection de deux litres d'eau à 50°, additionnée de permanganate de potasse (1/1000). Mais comme le gonocoque est déjà loin, retenez que vous aurez des résultats presque aussi bons en employant du bicarbonate de soude (10/1000) qui n'a pas la prétention d'être antiseptique et décongestionne beaucoup les tissus environnants, ce qui est le principal pour le moment. Cette injection sera donnée sous faible pression et ne devra réaliser aucun traumatisme cervical.

Voici maintenant la partie capitale du traitement :

Deux, trois, quatre fois par jour, faites prendre un petit lavement composé d'un verre d'eau à 52°, auquel vous ajouterez une cuiller à café de la mixture suivante :

Ichthyol ou thigénol...	*àà* 6 grammes.
Antipyrine.....	
Laudanum de Sydenham.	
Eau distillée.....	125 grammes.

Ce lavement sera pris lentement et gardé.

S'il y a tendance à la constipation, ajoutez à cette formule 6 grammes de teinture de belladone; si cela ne suffit pas, donnez deux ou trois capsules d'huile de ricin chaque matin.

Alimentation légère et substantielle à la fois : lait, œufs, bouillon, bouillie d'avoine.

Ce traitement sera continué jusqu'à cessation des phénomènes douloureux. Vous suspendrez d'abord la révulsion et les applications ventrales, puis vous placerez des tampons vaginaux imbibés de glycérine à l'ichthyol ou au thigénol (10 p. 100). Les lavements seront maintenus jusqu'à disparition des *lésions*, à moins que celles-ci n'évoluent nettement vers la suppuration et qu'une intervention chirurgicale ne s'impose.

COMPTE RENDU

DES

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 4 décembre 1907.

Présidence de M. Saint-Yves Ménard.

M. Triboulet, à propos du *traitement de la tuberculose par l'extrait de foie*, fait ressortir que cette médication convient aux arthritiques devenus tuberculeux au moment où leur foie fléchit, phénomène qui s'observe assez souvent chez des alcooliques robustes : ils deviennent tuberculeux vers la cinquantaine. En appliquant l'opothérapie hépatique à tous les cas de tuberculose, on risque de discréditer une méthode qui a des indications très nettes.

M. Barbier a toujours constaté, chez les enfants morts de tuberculose, que le foie présentait des lésions considérables : le pronostic dépend de l'état du foie à cette époque de la vie.

M. Burlureaux fait une communication sur la *dromothérapie*. (*Paraîtra dans la Revue.*)

M. Lagrange présente un travail concernant la *mécanothérapie*. Celle-ci, créée par Zander, se base sur la méthode de Ling, qui a posé les bases d'une utilisation scientifique des mouvements. Chacun de ces derniers est une résultante de synergies musculaires, qui se font sans inconvénient chez un sujet bien portant. Chez un malade atteint de troubles de fonctionnement d'un muscle ou d'une articulation, on voit des muscles valides remplacer des muscles atteints, et il faut alors, soit par la rééducation, soit par la gymnastique de résistance, faire travailler le muscle qui s'atrophie par manque d'usage. La méthode de Ling exige un maître habile, alors que les appareils mécaniques peuvent être mis en marche par des subalternes qui se contentent d'exécuter les prescriptions du médecin. Il va sans dire que, pour certaines régions exigeant un maniement délicat (abdomen, utérus), la méthode manuelle ne saurait être remplacée par les appareils mécaniques : au contraire, quand il s'agit de mobiliser une articulation ankylosée, la mécanothérapie avec ses dispositifs savamment gradués atteindra plus aisément le but.

M. Vigier fait ressortir que depuis longtemps déjà il a, grâce à la seringue spéciale de Barthélemy, pu rendre pratique l'emploi de *liquides injectables contenant du calomel à haute dose*. La formule qu'il préconise donne un mélange fort homogène, dans lequel le calomel est très bien divisé ; elle est un peu différente de celle de M. Lafay, mais les résultats sont les mêmes.

M. Bize revient sur les objections faites par M. le professeur Pouchet à sa communication de la dernière séance. Si la mère de l'enfant présente un biologisme spécial, elle doit avoir transmis à son descendant des prédispositions analogues, et ce dernier devait en conséquence être traité par le laudanum dès sa naissance, pour éviter les accidents de la privation brusque de morphine.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,
Médecin des hôpitaux.

Observations sur le traitement de la scarlatine, par M. N. BARLOW (*The Practitioner*, déc. 1907). — D'après un ensemble de 832 cas de scarlatine, l'auteur a fait les remarques suivantes sur le traitement de la maladie. Les cas légers ne réclament pas de traitement en dehors de l'air pur et de pulvérisations légèrement désinfectantes de la gorge. Une solution faible de formaline suffit à cet effet ; l'auteur recommande ici des pastilles de formamint, qui est de l'aldéhyde formique associé à du sucre de lait.

L'air pur est le facteur le plus important dans le traitement de toutes les fièvres et on doit insister pour avoir toujours les fenêtres largement ouvertes.

L'otorrhée avec sécrétion abondante est combattue par les injections d'eau boriquée qu'on fait suivre d'application dans l'oreille de poudre d'acide borique. Si l'écoulement est léger, une irrigation avec une solution d'eau oxygénée sera suffisante, après quoi on fait tomber dans l'oreille III gouttes d'alcool absolu qu'on laisse agir pendant une minute. Le régime lacté, les diurétiques, les diaphorétiques sont indiqués contre la néphrite avec urine rare et sanguinolente ; on appliquera en outre des cataplasmes sur la région lombaire et on purgera le malade.

Lorsque la sécrétion urinaire est bien rétablie, l'auteur prescrit du fer. Souvent l'albuminurie est très persistante, mais après un traitement et un régime sévère, il faut faire lever les malades et leur donner un régime reconstituant : souvent alors l'albuminurie disparaît entièrement.

L'auteur croit que l'opinion qui considère la durée de la période infectieuse comme étant de six semaines est arbitraire et très exagérée ; s'il n'existe pas de complications, il fait sortir les malades au bout de dix à quinze jours.

Quelques cas cependant restent infectieux pendant des mois, il faut en chercher la cause dans les sécrétions du nez et du naso-pharynx. Les enfants atteints de tumeurs adénoïdes et d'hypertrophie des amygdales sont plus exposés que d'autres à rester infectieux pendant longtemps.

A. LESAGE.

Etude sur la fièvre et son traitement, par le Dr VENANCIO FEJEDOR (*Thèse de doctorat*, Madrid, 1907). — La fièvre est subordonnée à l'existence d'une cause parfois méconnue. La fièvre essentielle n'existe pas.

L'hyperthermie est un élément du symptôme fièvre ; pourtant la fièvre est un symptôme composé, avec variations de température, pouls, respiration, etc.

L'hyperthermie seule ne constitue pas la fièvre ; elle est peut-être un de ses éléments les plus essentiels, mais ce n'est pas la fièvre même.

Les fièvres, dans la généralité des cas, reconnaissent une origine microbienne.

La fièvre reconnaît presque toujours une étiologie infectieuse et une pathogénie nerveuse.

La fièvre, non seulement n'est pas défavorable pour le malade, mais encore elle est avantageuse par sa tendance conservatrice, en activant les réactions organiques.

La gravité des processus fébriles aigus ne dépend pas de la fièvre, mais de l'infection générale qui la provoque.

La fièvre doit être toujours respectée, car elle constitue le meilleur moyen de défense dont l'organisme dispose, en favorisant les réactions organiques, et on la combat seu-

lement quand, avec ce traitement, on remplira une indication vitale où on pourra agir directement contre la cause.

Quand on sera forcé d'intervenir, on aura d'abord recours aux moyens hydrothérapiques, et si ceux-ci n'étaient pas possibles, aux moyens thérapeutiques, en utilisant toujours les chirurgicaux quand ceux-ci remplissent une indication causale.

F. Berini.

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Evolution et traitement de l'anémie pernicieuse, par William Hunter (*The Brit. med. J.*, 9 nov. 1907). — Deux caractères distinguent l'anémie pernicieuse d'abord la destruction extrêmement intense du sang, lorsque l'hémolyse est arrêtée. Le pourcentage des globules et de l'hémoglobine s'élève souvent de 20 ou 30 p. 100 à 80 ou 90 en un mois ou deux, parfois en trois ou quatre semaines, de sorte qu'on peut douter de l'exactitude du diagnostic. Les malades reprennent alors leurs occupations et abandonnent tout traitement. La rechute se produit alors au bout de six à neuf mois. D'après son évolution et la nature de ses symptômes, la maladie a les allures d'une infection chronique fébrile. La précocité du diagnostic importe beaucoup pour l'efficacité du traitement.

Le traitement ne comporte pas seulement l'emploi de reconstituants du sang tels que l'arsenic et des prescriptions contre les symptômes gastro-intestinaux, mais des prescriptions générales, surtout contre les derniers symptômes, la fièvre, la destruction globulaire, traitement qui doit être poursuivi pendant plusieurs mois après la première atteinte.

Les conclusions auxquelles arrive l'auteur, relativement à la nature infectieuse de la maladie et au rôle joué par l'auto-intoxication, lui ont suggéré de nouvelles lignes de traitement tant au point de vue prophylactique que curatif.

Les périodes d'amélioration, qui peuvent durer plusieurs mois et même une année ou deux, sont dues en grande partie à l'effet de l'arsenic. Mais la tendance aux rechutes montre que la cause persiste toujours, et cette cause, l'auteur la place dans la recrudescence des lésions de la langue, de l'estomac et de l'intestin.

L'anémie pernicieuse est en effet caractérisée non seulement par l'infection hémolytique, mais par l'infection localisée dans la bouche et la voie gastro-intestinale.

Il faut combattre ces diverses infections par des soins antiseptiques de la bouche, quand il existe des lésions buccales et par des antiseptiques internes dans les cas d'infection gastro-intestinale.

A. Chassevant.

La méthode sudorifique et le fer dans le traitement de la chlorose. Valeur comparée de ces deux thérapeutiques, par M. Wandel (*Arch. bl. f. medic. Wissenschaft*, 11 septembre 1907). — Les recherches de M. Wandel ont eu pour but de comparer, dans le traitement de la chlorose, la méthode sudorifique et la médication martiale.

Pour faire transpirer le malade, M. Wandel ordonnait, deux ou trois fois par semaine, des bains photo-électriques, qu'il faisait suivre d'énergiques frictions. Lorsque le malade avait pris douze bains, l'auteur administrait le traitement martial : il prescrivait le fer réduit par l'hydrogène à la dose quotidienne de 0,40 centigrammes, par cachets de 0,10 centigrammes.

M. Wandel a ainsi reconnu que la méthode sudorifique seule modifie de façon heureuse l'état général. Elle fait disparaître notamment la céphalalgie, les vertiges et les palpitations, mais elle n'exerce aucune action sur les souffles du cœur et des gros troncs vasculaires. Elle est, de même, sans influence sur l'acidité stomacale. La médication martiale, au contraire, augmente notablement l'acidité du suc gastrique.

Enfin, le traitement sudorifique n'a pas d'effet réel sur le sang. Cependant, sous l'influence de cette thérapeutique, le nombre des globules rouges semble croître. Cette augmentation n'est qu'apparente ; elle n'est pas due, en effet, à une néoformation d'érythrocytes, mais à une diminution de la partie liquide du sang.

De ses recherches, l'auteur conclut que la méthode sudorifique seule ne suffit pas à traiter les chloroses. Cette méthode est, par contre, un adjuvant utile du traitement par le fer. Certaines chloroses, en effet, qui résistent au traitement martial employé seul, guérissent rapidement si on combine

la médication ferrugineuse avec la sudation.

PIERRE SÉE.

Coup d'œil rétrospectif sur cinq années d'observation concernant le traitement de la goutte par l'acide chlorhydrique, par FALKENSTEIN (*Berl. klin. Wochenschrift*, 2 décembre 1907). — L'auteur prend lui-même depuis cinq ans, tous les jours, L à LX gouttes d'acide chlorhydrique concentré et a administré les mêmes doses à nombre de goutteux. Cette dose doit être prise dans de l'eau commune : elle n'a jamais occasionné le moindre accident, si elle est ingérée au moment du repas; les aliments contiennent du reste une forte proportion d'alcalins qui suffisent à neutraliser l'acide. Il paraîtrait même que l'influence nocive sur le système dentaire constitue une hypothèse dont la pratique démontre la fausseté.

Pour l'auteur, tout goutteux est un hypochlorhydrique, et cette hypochlorhydrie serait la cause de la diathèse : elle est primaire et due à un état anormal de la muqueuse gastrique ; elle facilite les combinaisons uratiques par diminution des combinaisons du chlore avec les alcalins.

Dans l'hypochlorhydrie secondaire, le suc gastrique tout entier est modifié, et il n'y a pas de raison pour que la goutte se manifeste.

De ces considérations découle la nécessité, pour le goutteux, de prendre continuellement de l'acide chlorhydrique, de façon à prévenir d'une façon durable l'uricémie.

L'auteur divise ses 390 observations en 3 groupes : 1° l'affection n'existe que depuis quelques années; les résultats sont excellents. 2° Goutte chronique, typique ou non, déformante; on observe alors un arrêt dans la marche de la maladie, mais on ne saurait espérer une disparition des tophus préexistants, ni éviter des poussées aiguës, qui deviennent toutefois plus rares et moins violentes. 3° Cas très graves avec résultats nuls.

Comme traitement adjuvant, l'auteur recommande les bains à l'acide chlorhydrique du commerce. La dose est de 200 à 300 grammes, la température de 35°, la durée de 10 minutes; on prendra un bain tous les huit ou quinze jours.

E. VOGT.

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT,
Ancien interne des hôpitaux.

Traitement pratique de la tarsalgie ou pied plat douloureux, par le Dr CALOT (*Le Scalpel*, 7 juillet 1907). — On peut, dit l'auteur, confondre le pied plat douloureux avec de l'arthrite tuberculeuse, du rhumatisme, voire des luxations du pied en dehors; et il cite des exemples. Or, on voit que de telles erreurs condamnent des malades à demeurer immobiles, alors qu'ils pourraient marcher. Se souvenir du type classique, qui contient tous les éléments du diagnostic : *pied plat*, appuyant par toute la plante, *valgus*, déjeté en dehors, *douloureux*, au point parfois de rendre la marche impossible, *des adolescents*, sujets de 10 à 20 ans. Au point de vue pratique, il faut distinguer les cas légers et les cas graves.

Dans la *forme légère*, massage et manipulations quotidiennes, inverses de celles qu'on fait pour le pied-bot congénital en varus, c'est-à-dire tendant à repousser en haut le tubercule scaphoïdien et à reformer la voûte plantaire. Dans ce mouvement, le pied est ramené en dedans par les doigts qui embrassent de chaque côté le talon et l'avant-pied, tandis que les deux pouces, fixés sur le bord interne au niveau du scaphoïde, servent de pivot. A l'inverse de ce que croit l'auteur, on trouve rarement un auxiliaire dans le concours des parents et ces manœuvres doivent plutôt être faites, sinon par le médecin, du moins par les mains expertes d'un bon masseur.

Que faire de plus ? Imposer au malade une chaussure à bord interne plus relevé de 2 centimètres, voussée légèrement sur toute la partie correspondant au creux normal. Peu à peu, la voûte se reforme, car les sujets sont jeunes. Les malades n'ont pas plus tôt pris l'habitude de ces chaussures, qu'ils peuvent immédiatement marcher et supporter les fatigues. A un *degré plus avancé*, M. Calot conseille d'adapter à la chaussure une semelle à levier de son modèle, qui vient, par une tige latérale, se fixer au mollet par un lien circulaire. Cette semelle à levier se construit sur mesure, en prenant l'empreinte du pied et la corrigeant suivant l'effet à obtenir par une incurvation en pointillé du bord externe du pied, devenu vicieusement presque concave. A la partie interne, on ménage une portion à relever pour soutenir la voûte et donner insertion à la tige latérale qui se fixe au mollet.

Au bout de six mois à un an, le malade redevient capable de marcher avec des chaussures ordinaires, légèrement relevées en dedans (1 centimètre).

La *forme grave* de la tarsalgie est traitée suivant le même principe; mais ici le chloroforme est nécessaire pendant 5 à 10 minutes, car la *mise en varus* du pied en abduction complète ne laisse pas que d'être fort douloureuse. Une fois le bord interne concave et relevé, on fixe la position dans un plâtre, qui sera égalisé au-dessous du moulage, de façon à obtenir, par l'addition de plâtre, une face plantaire plane, qui permette la marche, tout en repoussant la voûte. Enfin, en cas de refus du chloroforme, le massage rendrait encore bien des services, en permettant, à la fin de chaque séance, un certain degré de relèvement, dont le maintien peut être assuré par la semelle en fer glissée dans une chaussure « avantageuse » fixée avec quelques tours de bande et changée à volonté jusqu'à complet redressement en hypercorrection.

A. Benoît.

Traitement chirurgical des anévrismes par l'extirpation (*Soc. de chir.*, 6 novembre 1907). — M. Lejars a rapporté à cette Société deux cas malheureux, dont nous sommes redevables à la conscience scientifique de M. Riche. Ces faits appellent l'attention sur le danger de l'extirpation en masse des tumeurs anévrismales, lorsque la circulation collatérale n'est pas suffisamment préparée. Dans l'un des cas, il s'agissait d'un anévrisme sacciforme du creux poplité. L'ablation entre deux ligatures fut faite sans ouverture préalable. Il y eut gangrène du membre et le malade ne put guérir que par l'amputation. Dans le second, M. Riche traita un anévrisme du tronc brachiocéphalique par la ligature de l'axillaire et de la carotide primitive droite. Mort presque immédiate.

M. Lejars pense que, si l'on a affaire à un anévrisme sacciforme des membres, mieux vaut ouvrir largement et disséquer de près, afin de sacrifier un segment artériel moins important.

A. Benoît.

Rétrécissements infranchissables de l'œsophage, par MM. Gross et Sencert (*Revue de chir.*, 1907). — Les auteurs ont limité leur sujet à l'étude des rétrécissements non cancéreux. Ce sont ces rétrécissements *intrinsèques* que le praticien est appelé à voir, parvenus à un degré extrême qui les rend parfois indilatables, qu'ils soient congénitaux, spasmodiques, inflammatoires ou cicatriciels. L'*œsophagoscopie*, qui fait sans cesse des progrès, diminuera de plus en plus le nombre de rétrécissements véritablement infranchissables par les voies naturelles. En effet, l'un des auteurs a fait construire un *œsophagotome* qui lui a permis d'aller sectionner, sous le contrôle de l'œil, un rétrécissement valvulaire de nature congénitale. Des figures phototypiques bien dessinées montrent l'aspect œsophagoscopique du rétrécissement avant et après l'œsophagotomie interne. Quant à l'instrument, il se compose d'une tige métallique creuse, dans laquelle se meut une autre tige pleine portant à son extrémité une petite lame articulée que l'on peut faire saillir par une vis placée extérieurement, à travers un jour ménagé dans la tige creuse. Des olives de tout volume peuvent se visser au bout de l'appareil. L'éclairage permet de s'engager dans les pertuis visibles et la lame placée au-dessus de l'olive vient sectionner une ou plusieurs fois le rétrécissement. Une longue description nous est ensuite faite des formes diverses de strictures que l'on rencontre, des dilatations sus-stricturales, des diverticules qui parfois sont des causes d'erreur dans le cathétérisme. Tous les degrés s'observent, depuis le rétrécissement annulaire, jusqu'à l'œsophage transformé en un long tube rétréci par hypertrophie des parois. Toutes les fois qu'un rétrécissement est franchissable, on sait que les meilleures interventions à lui opposer, après échec de la dilatation, sont l'électrolyse, l'œsophagotomie interne, l'œsophagotomie combinée. Mais si, pour cause de spasme ou raison anatomique, les instruments les plus fins ne peuvent passer, que faire? L'oblitération complète n'existe pour ainsi dire pas. On doit donc songer à passer par la voie stomacale. On doit pratiquer la gastrostomie. Or, la simple mise au repos fait parfois que le rétrécissement devient franchissable au bout de quelque temps. Mais ce sont les cas heureux. Pour arriver à guérir définitivement les malades, il faut faire le cathétérisme rétrograde (qui tend à être utilisé de plus en plus pour l'extraction des corps étrangers bien situés). On peut d'emblée chercher la voie en mettant l'estomac à nu et l'incisant assez largement pour pouvoir explorer la région du cardia avec le doigt. Ce conducteur permet de pousser une bougie œsophagienne de bas en haut. On peut

après ramener de haut en bas une grosse sonde qu'on laisse à demeure, ou, ce qui vaut mieux, pratiquer à l'exemple de von Hacker la « dilatation sans fin », en attachant à l'extrémité de la sonde sortie par la bouche un fil ramené ensuite de haut en bas à travers l'estomac et la fistule gastrique. Chaque jour, ce fil permettra de faire tolérer au conduit des tubes à drainage de calibre progressivement croissant et ramenés de haut en bas, ou de bas en haut. On peut même se servir du fil pour sectionner le rétrécissement (Abbe, 1893). C'est l'œsophagotomie à la ficelle. Mais la section instrumentale paraît préférable.

S'il arrivait qu'un rétrécissement œsophagien fut infranchissable dans tous les sens, on ne pourrait recourir, en dehors de la gastrostomie définitive, qu'à des opérations beaucoup plus graves : l'*œsophagotomie externe*, qui permet parfois, dans la portion cervicale et thoracique, la section externe du rétrécissement, ou crée une voie d'accès vers le point rétréci. On pourra pratiquer l'*œsophagotomie*, avec *suture des deux bouts*, comme on l'a fait deux fois dans la région cervicale, avec ou sans *autoplastie cutanée*. La mort a suivi assez souvent ces tentatives héroïques. L'*œsophago-gastrostomie* a pour but d'aboucher la grosse tubérosité de l'estomac, attirée en cône vers le cardia, avec une portion de l'œsophage dilatée au au-dessus d'un rétrécissement de cette région.

Les auteurs rappellent en terminant que des moyens plus simples ont chance de réussir, si l'on veut bien, comme ils l'ont fait, ne déclarer un rétrécissement infranchissable qu'après avoir exploré l'œsophage à l'endoscope, instruments en main et sous le contrôle de l'œil.

A. Benoît.

Dilatation congénitale du côlon (*Soc. de chir.*, 6 novembre 1907). — M. Tuffier, comme suite au rapport sur la *dilatation congénitale du côlon*, répudie la colostomie comme insuffisante, ainsi que la colopexie, applicable aux seules coudures. On peut être obligé de réséquer l'anse dilatée (5 cas avec 1 décès), mais l'opération de choix pour cette affection lui paraît être l'*entéro-anastomose* avec *plication* de l'anse distendue et sa *fixation* à la paroi.

A. Benoît.

Traitement de la tuberculose recto-sigmoïdienne (*Soc. de chir.*, 13 novembre 1907). — M. Chaput rapporte un cas de tuberculose du rectum et de l'anse sigmoïdienne qui put être guéri par des attouchements à l'acide lactique sur tous les points ulcérés. Il fait à ce propos l'éloge de la *rectoscopie*, employée par M. Abrand dans le cas susdit. M. Faure est aussi partisan de ce moyen d'exploration, en y ajoutant la position déclive employée dans les laparotomies.

Le résultat signalé plus haut semble indiquer l'utilité du procédé comme *moyen de diagnostic*, car le même résultat eût pu être obtenu par bien d'autres moyens, tels que des lavages répétés par exemple. Il est permis de croire que la rétoscopie est appelée surtout à rendre des services dans le diagnostic du siège des lésions syphilitiques et cancéreuses, celles de la tuberculose étant plutôt diffuses et difficiles à atteindre.

A. Benoît.

Chirurgie du foie (*Soc. de chir.*, 30 octobre 1907). — M. Mauclaire s'est trouvé bien d'avoir drainé le *canal hépatique*, dans des cas de lithiase de la vésicule biliaire et du cholédoque, bien qu'une de ses opérées soit morte d'hémorragie capillaire. Il n'a pas craint de faire la laparotomie chez un typhique, qui présentait des accidents d'angiocholite. Le drainage des voies biliaires lui donna un bon résultat. M. Lejars fait remarquer que les canaux hépatique et cholédoque peuvent se dérober à toute recherche. Dans ces cas, la cholécystectomie simple ou la cholécystostomie réussissent bien souvent, ce qui prouve que le drainage des voies biliaires n'est pas toujours nécessaire.

A. Benoît.

Emploi du gaïacol en applications locales dans le traitement des tuberculoses chirurgicales, par Layral et Péju (*La Loire médicale*, 15 nov. 1907). — Les auteurs, après avoir fait l'historique de l'emploi externe du gaïacol dans les tuberculoses chirurgicales, relatent un cas de synovite tuberculeuse des gaines des extenseurs de la main rapidement guéri par l'emploi local de badigeonnages au gaïacol. Etant donnée l'absence d'action du salicylate de soude et de méthyle, et d'autre part, le séro-diagnostic tuberculeux ayant été très positif, on se décida pour le traitement général ordinaire, en même temps qu'on prescrivait l'application tous les deux jours de badigeonnages au gaïacol, solution glycérinée à 1/30, soit

0,15 centigrammes par badigeon, avec enveloppement à la gutta.

Le résultat fut remarquable. Dès le cinquième badigeon, un mieux sensible était apparu, les douleurs avaient cessé, l'œdème totalement régressé.

Les enveloppements gaïacolés furent continués pendant dix jours encore. Les frictions, massages, applications électriques, ont fait disparaître à peu près totalement l'amyotrophie considérable qui existait. Les mouvements sont libres. La guérison anatomique paraît complète.

Les auteurs pensent qu'on pourrait admettre que l'action résolutive du gaïacol manifestée ici relève d'une action plastique des tissus au niveau des points d'absorption, action sclérogène locale qui ferait rapprocher le gaïacol, dans le traitement des tuberculoses locales, d'autres agents sclérogènes analogues répondant aux mêmes indications: teinture d'iode, sulfate de zinc, naphtol camphré, éther iodoformé.

L. Jumon.

L'arthrite goutteuse et son traitement chirurgical, par M. O. Laurent (*Revue d'orthopédie*, 1er juillet 1907). — M. O. Laurent cite l'observation d'un homme de cinquante ans, présentant de la diathèse urique. Au moment où il vit le malade, le début des accidents remontait à trois mois. Le pied gauche était très tuméfié, notamment au niveau du deuxième orteil, mais peu douloureux.

L'exploration, faite avec un stylet, montra de l'ostéo-arthrite des deux premières phalanges et la pression détermina la sortie de tophi.

L'auteur pratiqua l'ablation, à la curette, de gros tophi. Il fit le curettage de la tête du deuxième métatarsien et la résection des première et deuxième phalanges. En trois semaines le pied revint à des proportions normales.

M. O. Laurent estime que l'opération est souvent indiquée dans la goutte, surtout quand il y a des tophi irritants, de l'inflammation et des douleurs. L'intervention consiste à enlever les tophi, à curetter les articulations et, au besoin, chez les personnes âgées, à amputer un ou plusieurs orteils.

Il faut éviter d'opérer pendant l'accès aigu de goutte.

Pierre Sée.

Traitement des tumeurs inopérables par l'hyperémie artificielle, par Carl Ritter (*Münch. med. Woch.*, 22 octobre 1907). — Bier en 1897, avait déjà essayé son traitement dans les tumeurs, mais sans résultat, car 2 sarcomes semblèrent s'aggraver rapidement. Ritter, de son côté, a employé la ventouse comme moyen d'hyperémie. Dans aucun cas, il n'a observé d'aggravation, au contraire, dans plusieurs cas, les tumeurs ont éprouvé une diminution nette et considérable. En outre, sur des portions excisées, il a constaté que le tissu cancéreux était remplacé par un tissu de granulations contenant très peu de cellules cancéreuses. Dans son travail, l'auteur relate le cas d'un sarcome inopérable du cou et de la région de l'épaule, qui fut très favorablement influencé par le traitement hyperémique. Il s'agit d'un homme de 20 ans, porteur d'un sarcome volumineux de la région sus-claviculaire, dont le diagnostic fut confirmé par l'examen microscopique de fragments de la tumeur, laquelle était absolument inopérable en raison de son adhérence avec les régions voisines.

C'est alors que le malade fut soigné par l'application quotidienne d'une ventouse sur la tumeur. Au bout de 17 jours, toute la tumeur avait considérablement diminué, le contour de l'épaule reprenait son aspect normal. Le malade se rétablissait visiblement, et au bout d'un mois on ne constatait plus l'existence de la tumeur. Malheureusement, le malade n'a plus donné de ses nouvelles après sa sortie de l'hôpital. L'âge du malade explique la régression de la tumeur. Cette régression s'est faite sans ramollissement ni ouverture. Bien qu'un seul cas ne soit pas démonstratif, il semble autoriser l'emploi du traitement hyperémique.

L. Jumon.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr Pierre Sée,

Lauréat de la Faculté.

Le régime dans le traitement de l'hyperchlorhydrie, par M. O. Schloss (*Arch. für Verdauung's Krankh.*, 1907, t. XIII, fasc. 3). — La question du régime dans le traitement de l'hyperchlorhydrie est capitale. Les

auteurs ne sont cependant pas d'accord sur l'alimentation qu'il convient de prescrire aux sujets dont l'acidité stomacale est exagérée. Les uns conseillent les albumines, dans la pensée qu'elles neutralisent l'acide chlorhydrique en se combinant avec lui. Les autres, au contraire, préfèrent les hydrates de carbone qui excitent peu la sécrétion du suc gastrique.

Pour trancher la question, M. O. Schloss a pratiqué, chez un chien, un petit estomac de Pawlow. Il a donné alors, à l'animal, des aliments variés et il a mesuré la quantité et l'acidité du suc gastrique. Les repas comprenaient soit des purées de légumes, soit différentes sortes d'albumines, soit encore une nourriture mixte formée d'albumine, d'hydrates de carbone et de graisses. M. O. Schloss a ainsi constaté que les légumes ne donnent lieu qu'à une sécrétion peu abondante et de faible durée: la viande, au contraire, et les albumines font sécréter une grande quantité de suc gastrique. La nourriture mixte occasionne une excitation moyenne, plus forte que l'alimentation végétarienne, mais moins énergique que le régime purement carné. Il semble donc logique de conclure que c'est le régime végétarien, entrecoupé de repas mixtes, qui convient le mieux aux hyperchlorhydriques. Cette conclusion n'a cependant rien d'absolu. Il n'est pas prouvé, en effet, qu'un régime appliqué à l'animal normal puisse être suivi avec avantage par une personne présentant des troubles gastriques.

PIERRE SÉE.

De certaines hématémèses « sine materia » et de leur traitement, par VAUTRIN, (*Revue médicale de l'Est*, 15 nov. 1907). — L'auteur s'occupe ici des hématémèses indépendantes de l'ulcère et du cancer et aussi de certaines hématémèses post-opératoires.

L'hématémèse dont il s'agit se produit sans ulcération, sans effraction de la muqueuse gastrique, sans lésion du foie, du rein ou du cœur, particulièrement chez la femme, surtout chez celle qui présente de l'hypersécretion gastrique, avec pylorospasme.

Dans un premier cas une femme de trente ans, allaitant son enfant, présentait depuis quelques semaines de l'intolérance gastrique avec gastro-sucorrhée. Elle fut prise brusquement d'hématémèses peu abondantes, mais fréquentes, indiquant une hémorragie stomacale continue. La malade allant en s'affaiblissant, la laparotomie fut pratiquée et l'estomac ouvert par une incision parallèle à la direction des vaisseaux. On ne rencontra dans la paroi de l'organe aucune solution de continuité, il y avait seulement des plaques de congestion alternant avec des surfaces moins colorées. L'incision de gastrotomie fut suturée et on pratiqua une gastro-entérostomie en Y. Les suites furent très favorables, les hémorragies ne se reproduisirent plus.

Dans le second cas une femme de trente-deux ans souffrait depuis longtemps de l'estomac et appela l'auteur pour une gastrorragie dangereuse. Une gastrotomie fut faite à la demande expresse du mari. L'estomac était rempli de sang, mais la muqueuse ne présentait aucune éraillure. L'auteur fit une gastro-entérectomie antérieure.

La malade guérit et sortit rapidement de la prostration et, depuis, n'eut plus aucune gastrorragie.

L'opération a ici une action favorable probablement parce qu'elle supprime le spasme du pylore, dont l'effet est d'entretenir l'hémorragie par les troubles vasculo-nerveux.

L'hématémèse post-opératoire comprend deux variétés : l'hématémèse immédiate et la variété éloignée. Celle-ci est toujours un symptôme de septicémie dans le cours de la péritonite infectieuse, de l'appendicite, lorsqu'il y a une toxi-infection profonde.

L'hématémèse post-opératoire immédiate est plus rare et sa pathogénie est obscure, sa gravité est variable. Elle survient le jour de l'opération ou le lendemain. Sa gravité est très variable. Il n'est pas possible de dire encore ce que la gastro-entérostomie, ou tout autre traitement chirurgical, peut donner dans les formes graves de cette variété.

L. JUMON.

Sur le spasme de l'œsophage et son traitement, par FARLOW (*Boston med. and surg. J.*, 12 septembre 1907). — L'auteur relate le cas d'une femme de cinquante ans, sujette aux spasmes de l'œsophage et dont le père et un oncle paternel avaient des attaques semblables. Les attaques de spasmes de l'œsophage datent de quatre ans. Elles durent environ vingt minutes.

Les accidents cédèrent au massage du cou, à l'application de compresses froides et au traitement local appliqué sur la gorge. Mais on ne peut pas compter sur une gué-

rison définitive. Une injection de morphine pendant l'accès fut proposée, mais la malade refusa.

Dans plusieurs cas la cocaïne a rendu des services dans cette affection, même lorsqu'il est impossible d'appliquer le médicament directement sur le siège du spasme. Le passage de bougies de gros calibre peut apporter un soulagement, surtout si avant le cathétérisme on se sert de cocaïne.

Quelques cas de spasme de l'œsophage peuvent relever du tabes, surtout dans la période de début. Ailleurs, c'est l'élément psychique ou nerveux qui intervient. Dans tous les cas, il faudra soigneusement éliminer les causes organiques.

L. Jumon.

Clinique et traitement de l'ulcère peptique du jéjunum, par P. Vachez (*Ann. intern. de chir. gastro-intestinale*, oct. 1907). — Cette affection n'est pas rare après la gastro-entérostomie. On ne l'a notée qu'après des interventions pour affections bénignes de l'estomac. Son siège le plus fréquent est la branche descendante du jéjunum, il peut siéger aussi au niveau de l'anastomose.

La pathogénie paraît se résumer dans l'influence d'un suc gastrique hyperacide à pouvoir exalté par stase qu'exagère encore la présence d'une sténose très serrée. La notion pratique qui en découle est qu'il faut porter l'anastomose le plus loin possible du pylore très abaissé dans ce cas.

L'ulcère du jéjunum peut évoluer d'une façon latente, auquel cas il se termine souvent par la perforation d'emblée, avec péritonite mortelle. Bien plus souvent il revêt une allure chronique, avec troubles digestifs accompagnés de réaction péritonéale, aboutissant soit à une infiltration de la paroi, soit à la formation d'une fistule bimuqueuse.

Le traitement s'adresse à chaque cas particulier. Laparotomie précoce dans sa forme perforante; en général excision de l'ulcère et nouvel abouchement.

Le traitement chirurgical n'est qu'un traitement de nécessité. Ce qu'il importe, c'est un traitement médical énergique et rigoureusement appliqué.

Après une gastro-entérostomie, l'alimentation sera très sévère et le malade s'abstiendra de tous aliments capables de stimuler la sécrétion du suc gastrique.

On proscrira l'alcool, l'eau pure est la seule boisson permise. Les alcalins seront un auxiliaire précieux, si l'examen révèle de l'hyperchlorhydrie.

S'il survient des douleurs et des vomissements répétés, justifiant le soupçon d'un ulcère jéjunal, il faudra soumettre le malade au repos complet et à un régime plus sévère. Pendant un certain temps, pour assurer le repos de l'intestin, l'alimentation par la bouche sera réduite au minimum, précédée au besoin d'une diète de quelques jours.

Le bicarbonate de soude, en quantité variable, suivant la crise, est nécessaire pour neutraliser l'excès de la sécrétion acide. Il ne faut pas le prendre trop tôt après le repas, mais quand l'acide chlorhydrique apparaît. L'usage des alcalins à dose moyenne sera continué pendant longtemps, même après reprise de l'alimentation normale.

L. Jumon.

Production de contractions intestinales sous l'influence des injections sous-cutanées de physostigmine, par M. K. Vogel (de Dortmund) (*Mittheilung a. d. Grenzgeb. d. Med. und Chir.*, 1907, t. XVII, fasc. 5, p. 597-612).—D'après M. K. Vogel, la physostigmine, en injections sous-cutanées, exciterait les mouvements péristaltiques de l'intestin. Ce médicament serait donc indiqué dans les cas de météorisme avec atonie intestinale, après les laparotomies notamment, lorsque les opérés ne rendent ni gaz ni matières. Il donnerait également de bons résultats dans le météorisme qui survient après contusion de l'abdomen et les traumatismes des centres nerveux.

L'injection de physostigmine est suivie, au bout de quelques heures, de l'expulsion de gaz et de matières fécales. L'auteur préconise la dose d'un demi à un milligramme, et il conseille de donner, une à deux heures après l'injection et afin de faciliter l'évacuation intestinale, un petit lavement d'eau glycérinée.

Il ne se produirait jamais d'accidents en ne dépassant pas la dose d'un milligramme. Certains praticiens ont tenté de donner des doses supérieures, mais ils ont observé des phénomènes d'intoxication (nausées, sensation de faiblesse, etc.). On pourrait, d'après Craig, éviter ces phénomènes en ajoutant à la physostigmine une très faible quantité d'atropine. M. K. Vogel n'est pas partisan de cette pratique. Il estime que la dose d'un milligramme de physostigmine est suffisante pour amener la contraction de l'intestin.

Cette dose n'est pas toxique : il est dès lors inutile d'associer l'atropine à la physostigmine.

PIERRE SÉE.

Coprostase et appendicite, par M. LANTZ (d'Amsterdam) (*Jour. de méd. de Bruxelles* in *Trib. médic.*, n° 36, 7 septembre 1907, p. 575). — L'appendicite, d'après M. Lantz, serait une maladie très fréquente. Elle se présenterait parfois sous des formes suffisamment atténuées pour échapper à l'investigation clinique.

L'auteur estime que le traitement médical de l'appendicite ne donne que des résultats incertains. Pour le prouver, il fit prendre, avant de les opérer, de la poudre de lycopode à des personnes atteintes d'appendicites refroidies. Il constata la présence de la poudre, dans l'appendice, cinq heures après l'ingestion. Lorsque le lycopode avait été administré en lavement, il gagnait plus rapidement encore le canal appendiculaire.

L'auteur en conclut que la coprostase contribue à produire l'appendicite. Le meilleur traitement prophylactique de cette affection serait donc d'éviter la constipation.

PIERRE SÉE.

Appareil pulmonaire. Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Les médicaments utiles dans la tuberculose pulmonaire, par CAROLL CHASE (*Merck's Archives*, novembre 1907). — En dehors de l'air pur et de l'alimentation convenable le traitement médicamenteux serait complètement inutile, mais il peut cependant jouer un rôle important dans la phtisie et ses complications.

Le traitement est d'abord dirigé contre l'affaiblissement général.

L'auteur croit que la strychnine est ici le meilleur tonique, la diarrhée seule en contre-indique l'usage. C'est un tonique nervin qui n'est dépassé par aucun autre médicament. La dose est de 2 milligrammes, trois ou quatre fois par jour pour un adulte, dose qu'on peut dépasser.

Si on ne peut en donner et qu'il n'y ait pas lieu de donner un tonique cardiaque, on s'adressera à une préparation de quinquina ou de quassia. Si un stimulant cardiaque est nécesssaire, la spartéine surtout remplira cette indication, car elle ne trouble pas les fonctions gastriques : on la donne en général à dose trop faible, l'auteur indique 3 à 5 centigrammes quatre fois par jour. Les glycérophosphates sont inférieurs à ces derniers médicaments sous le rapport de l'action tonique. Il est inutile de donner des préparations ferrugineuses la réparation sanguine se faisant mieux sous l'action de l'air pur, de l'alimentation et des toniques.

Il est préférable de s'abstenir d'alcool au début de la maladie, à moins qu'il n'existe déjà des habitudes très marquées. qu'il faudrait cependant modérer. Chez les abstèmes un verre de stout ou d'ale avant le repas excite souvent l'appétit. L'huile de foie de morue est utile surtout par les graisses digestibles qu'elle contient ; si elle n'est pas tolérée, on peut la remplacer par la meilleure huile d'olive. La toux ne réclame de traitement que lorsqu'elle est quinteuse et non suivie d'expectoration. Dans ce cas, la codéine est le meilleur médicament, on peut, en cas d'échec, essayer la dionine. Si l'élément nerveux domine dans la toux on donnera du chloral à doses petites (0,20 à 0,30 centigrammes) et répétées souvent.

Le carbonate de créosote convient dans les cas d'expectoration abondante et fétide. Quant aux inhalations médicamenteuses, l'auteur n'en a pas obtenu de résultats. Le traitement local est cependant indiqué dans les lésions laryngées.

Contre l'hémoptysie, l'auteur recommande d'abord les injections de strypticine, ensuite l'ergot et l'hydrastinine. Si la pression sanguine est élevée, il est indiqué de recourir aux nitrites.

Les eupeptiques sont souvent nécessaires. On prescrira suivant les cas la papaïne, la pepsine, l'extrait de malt. Les vomissements peuvent être prévenus par de légères doses de cocaïne.

Les fermentations intestinales pourront réclamer l'emploi du carbonate de créosote et de peroxyde qui donnent ici de bons résultats. A la diarrhée on opposera les préparations camphrées et tanniques.

Enfin l'auteur recommande le trional dans l'insomnie et l'agaricine ou la picrotoxine contre les sueurs nocturnes.

L. LYON.

La pleurésie, par MATTHES (*Zeitschr. f. ærztl. Fortbildung*, 15 novembre 1907). — Nous retenons de cet article les conclusions thérapeutiques. Bien que les applications thermiques favorisent la résorption des exsudats en général, il n'a pas paru à l'auteur que la chaleur puisse faire régresser un épanchement pleural aigu. Il est probable qu'une plèvre enflammée ne se comporte pas, en présence d'applications chaudes, comme une séreuse normale : on sait d'ailleurs que la faculté de résorption est considérablement diminuée dans une plèvre enflammée. Les salicylates, en revanche, favorisent notablement la résorption des épanchements d'origine rhumatismale, ce que démontre l'augmentation de la diurèse. C'est le salicylate de soude qui produit le plus d'effet dans ces conditions. L'autosérothérapie n'a donné aucun résultat à l'auteur : les effets favorables publiés par d'autres doivent sans doute être attribués à l'action de la ponction exploratrice.

La pleurésie sèche sera traitée par l'immobilisation au moyen de bandes de sparadrap, ou encore par la teinture d'iode ou les enveloppements humides.

Les épanchements qui résistent au salicylate de soude devront être ponctionnés : la ponction sera précédée d'une ponction exploratrice et d'une injection de morphine destinées à prévenir les accès de toux.

En cas d'épanchement tuberculeux, il faut ponctionner aussi.

Après la ponction, on peut faire faire des exercices respiratoires systématiques en immobilisant le côté sain avec des bandes de sparadrap.

E. VOGT.

Dilatation du cœur, son traitement, par CLAYTOR (*The. Amer. J. of the med. Soc.*, nov. 1907). — Deux indications se présentent : diminuer le travail du cœur, accroître son énergie. La première est remplie par le repos physique et mental absolu, par un régime léger, l'action purgative, le relâchement des vaisseaux périphériques et par la saignée. A la seconde correspond l'administration des stimulants cardiaques, les bains, les exercices méthodiques, etc.

On doit aussi chercher à prévenir la dilatation cardiaque chez les malades ou les sujets qui y sont exposés en diminuant le travail physique et mental, en surveillant les repas chez les gros mangeurs.

Même lorsque les symptômes sérieux ont fait leur apparition on peut beaucoup en dehors des stimulants cardiaques. Le repos au lit, une dose de calomel suivie d'une purgation saline peuvent suffire. On s'adressera ensuite à la digitale. Cependant la caféine peut rendre presque autant de services et mêmes davantage lorsque la pression sanguine est élevée. Dans certains cas même où cette pression est élevée la digitale peut être indispensable.

Si malgré le traitement la cyanose et la dyspnée s'aggravent, si le cœur devient irrégulier et rapide, il faudra alors recourir à la saignée, particulièrement indiquée chez les sujets pléthoriques. Certains préfèrent les ventouses scarifiées ou les sangsues, mais l'auteur croit qu'une saignée du bras de 8 à 16 onces donne de meilleurs résultats et est un procédé plus rationnel.

Après une saignée les toniques cardiaques donnent souvent des résultats qu'on ne pouvait obtenir auparavant.

Pour combattre l'agitation, l'insomnie auxquelles les malades sont en proie aucun médicament n'est plus utile, que l'opium et notamment de petites doses de morphine. Deux milligrammes donnés toutes les quatre heures non seulement calment le système nerveux mais semblent stimuler le cœur.

Dans les formes aiguës de la dilatation cardiaque, qui se traduisent par des symptômes de collapsus, la nitroglycérine a pu avoir une action héroïque. La caféine est spécialement utile lorsque l'œdème pulmonaire est prononcé. En fait on peut donner en même temps la nitroglycérine, la caféine et la digitale, car l'effet de cette dernière se produira lorsque les deux premières auront cessé leur action.

La nitroglycérine ne doit être employée que temporairement, son usage continu étant dépressif.

Quant au choix du régime liquide ou du régime sec, l'auteur donne par expérience la péférence à ce dernier, à moins qu'il n'y ait des symptômes urémiques et de la tendance au tympanisme.

L. JUMON.

Pression artérielle et courants de haute fréquence, par le Prof. BERGONIÉ (*J. de méd. de Bordeaux*, 3 nov. 1907). — En présence des opinions contradictoires relatives à l'action des courants de haute fréquence sur la tension artérielle, l'auteur a cru utile de reprendre la question dans des conditions plus rigoureuses d'observation : appareil puissant à constantes électriques connues,

mesure exacte de la pression artérielle avant et après les applications. L'intensité des courants était supérieure à toutes celles qu'on avait utilisées. La pression sanguine était mesurée avec le sphygmo-signal de Vaquez et le sphygmomanomètre de Potain. Voici les résultats obtenus.

Les sujets, dont la pression artérielle était mesurée quotidiennement depuis huit jours, étaient soumis à des séances quotidiennes de haute fréquence à la même heure.

Sur 10 sujets traités, dont 5 étaient des artério-scléreux hypertendus (26 cent. de mercure), 2 des hypertendus sans symptôme d'artério-sclérose, 1 de pression normale et 2 des hypertendus, 45 applications ont été faites. Dans les mesures prises après ces 45 applications, il y a eu 39 mesures concordantes, dont :

3 indécises, 4 donnant un abaissement de la pression, 10 donnant une élévation, 21 ne donnant aucune variation de la pression.

La conclusion semble devoir être la suivante : dans les conditions définies plus haut, il n'y a aucune action des courants de haute fréquence sur la pression artérielle.

L. Jumon.

Ophtalmologie.

Dr DARIER,

Ancien président de la Société d'Ophtalmologie.

Traitement des tuberculoses oculaires par la tuberculine T. R., par le Dr Ervin Torok (*Archives of Ophtalmology*, sept. 1907). — De ce travail assez long nous extrairons les conclusions suivantes. L'auteur, pour bien suivre ses observations sans conserver pendant des mois ses malades à l'hôpital, les gardait dans son service une semaine ou deux pour leur apprendre à user du thermomètre toutes les deux heures, de manière à obtenir d'eux des courbes très suivies, et s'ils observaient une réaction fébrile marquée, ils devaient garder le lit jusqu'à la défervescence. 16 cas de tuberculoses oculaires furent traités ainsi :

5 cas sur 8 de tuberculose de la sclérotique furent guéris.

1 cas sur 2 de tuberculose irienne et 2 cas sur 5 de tuberculose conjonctivale furent guéris. Dans 4 cas, il y eut amélioration, le traitement continue. Le traitement fut sans effet dans 2 cas. En somme, l'auteur considère que la tuberculine donne d'excellents résultats, même dans des cas qui autrefois ne guérissaient par aucun traitement. Il ne croit pas à une action nocive sur les tuberculoses générales; au contraire il a noté une amélioration marquée dans une tuberculose pulmonaire et dans une carie osseuse. Les patients n'ont jamais eu à se plaindre du traitement, leur état général s'est plutôt amélioré, leur poids a augmenté, etc.

Un point à noter est que si le traitement a été interrompu avant la guérison et qu'on le reprenne après un certain laps de temps, la première injection provoque une aggravation manifeste, puis vient ensuite l'amélioration (c'est là un phénomène de sensibilisation que l'on observe avec différents sérums). Toutes les fois que se produisait une réaction fébrile, elle était suivie d'une amélioration notable des lésions oculaires.

A. Darier.

De la tulase de Behring dans le traitement des affections tuberculeuses de l'œil, par le Dr Collin (*Société d'ophtalmologie de Heidelberg*, 1907). — L'auteur a expérimenté à la *Clinique ophtalmologique* de l'Université, à Berlin, les deux préparations récemment introduites en thérapeutique par le professeur Behring, la *tulaselactine* et l'*antitulase*. Il a traité 25 cas par injections hypodermiques de ces deux substances également bien supportées par les malades. Sans vouloir encore se prononcer sur l'importance réelle de ce traitement, l'auteur a néanmoins l'impression que, dans les cas aigus, graves, mais récents, la guérison, sous l'influence de la tulase, est arrivée plus rapidement que par les traitements classiques.

La *tuberculine* et la *tulase* ne sont peut-être pas encore le dernier mot de la sérothérapie antituberculeuse; mais ces deux agents nous montrent que la thérapeutique peut en tirer un assez bon parti en attendant mieux.

Nous allons peut-être avoir encore dans l'ophtalmo-réaction un élément de diagnostic de plus, qui pourra donner de nouvelles indications pour les applications de la tuberculine (Pour la technique et les doses de

tuberculine à employer, voir Darier, *Leçons de thérapeutique oculaire*, 1907, page 877.)

A. DARIER.

Expériences avec la tuberculine de Koch (ancienne tuberculine et tuberculine T. R.) par le Dr A. BRÜNKNER (*Archives of ophtalmology*, septembre 1907). — La tuberculine est employée à la clinique de Wurtzburg depuis 1903, surtout d'abord comme moyen de diagnostic dans les cas incertains. Ses emplois thérapeutiques ont été relativement limités, 38 cas ont reçu 53 injections d'ancienne tuberculine et 152 injections de T. R.

Avec la tuberculine ancienne la réaction locale est à peu près nulle. Avec la T. R., cette réaction était plus marquée mais pouvait être attribuée à la glycérine qui lui sert de véhicule, jamais il n'y a eu d'abcès.

Sur les 35 cas, 17 montrèrent une réaction générale non douteuse au point de vue diagnostique; la dose la plus forte fut de 4 milligrammes. La réaction fut toujours typique : élévation et chute rapide de la température de huit à quarante-huit heures après l'injection. Il n'y eut jamais de troubles généraux marqués.

26 cas d'*iritis* ou d'*iridocyclite* furent traités par la tuberculine. Sur 12 cas aigus, 2 seulement donnèrent une réaction positive. Sur 14 cas chroniques on observa au contraire 11 réactions positives. Dans les cas où une réaction générale se manifesta, on trouva 7 fois des lésions tuberculeuses internes, tandis que les manifestations oculaires et la marche de l'affection démontrèrent une tuberculose oculaire dans dix cas. Dans la majorité des cas où la clinique avait fait supposer des tuberculoses oculaires les injections donnèrent une réaction positive. Cela ne prouve cependant pas absolument que la maladie oculaire était réellement tuberculeuse, car il pouvait y avoir des ganglions bronchiques tuberculeux chez un malade atteint d'iritis rhumatismale. Seule la réaction locale est une preuve et elle ne fut observée que dans 3 cas.

Dans 4 cas de kératite parenchymateuse, la tuberculine a provoqué trois fois une réaction générale, une seule fois locale.

Dans 2 cas de choroïdite déterminée, il y eut une fois une réaction très marquée.

Un cas de névro-rétinite et un de rétino-choroïdite hémorragique restèrent sans la moindre réaction.

Or, pour les tuberculoses des membranes profondes de l'œil, on ne peut penser à une tuberculose primaire; mais il s'agit très probablement d'un foyer secondaire à des lésions pulmonaires ou glandulaires dont la réaction générale ne saurait être une preuve, il faut qu'il y ait aussi une réaction locale.

A. DARIER.

Maladies vénériennes. Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE.

Brûlures traitées par des greffes de Thiersch-Ollier et par l'autoplastie italienne, par CASTETS (*La Province médicale*, 30 nov. 1907, et *Soc. anat-clin. de Toulouse*). — Il s'agit d'un cas de brûlures graves de la face et des membres supérieurs contractées dans un incendie. Après disparition du gonflement, la réparation commença, mais ne tarda pas à s'arrêter complètement et l'on vit survenir des bourgeons charnus que le nitrate n'arriva pas à comprimer.

Les granulations exubérantes furent détruites à la curette et l'hémostase assurée par des compresses de sérum artificiel. On tailla alors au niveau de la face antéro-externe de la cuisse deux greffes larges de 2 à 3 centimètres, longues de 10 à 12, et une autre plus courte, de 8 centimètres, qui permirent d'épidermiser complètement la plaie faciale. Pansement à la poudre d'ectogan. Ces greffes présentèrent une belle vitalité et prirent très vite, mais les brûlures des membres supérieurs ne s'améliorèrent pas aussi rapidement, surtout celles de la main, car les téguments dorsaux avaient été détruits et donnaient naissance à des tissus cicatriciels et rétractiles rendant toute flexion impossible. On disséqua alors, suivant la méthode italienne, au niveau de la région épigastrique un lambeau de 8 centimètres retenu par un pédicule large de 5 centimètres. Destruction des tissus cicatriciels du dos de la main et application sur cette plaie cruentée du lambeau épigastrique fixé par du crin de Florence. Pansement ouaté. Poudre d'ectogan. Bande de flanelle et par dessus, bandage de corps serré pour empêcher tout mouvement. Le pansement fut enlevé le

douzième jour de l'opération, le pédicule fut tranché, les points enlevés ; une semaine après, cicatrisation complète du lambeau et de la plaie sus-ombilicale.

MOREL-LAVALLÉE.

Traitement du lupus vulgaire et d'autres dermatoses par l'électricité statique (méthode de Suchier), par JESIONEK (*Ann. des städt allg. Krankenh. zu München*, vol. XII, 1907). — Au moyen du pôle positif, on dirige sur le point malade une pluie d'étincelles violettes qui n'ont aucun inconvénient pour le patient : cinq à six heures après la séance, il se produit une légère réaction inflammatoire. Si l'on approche davantage l'électrode, on obtient des étincelles plus fortes qui peuvent provoquer la nécrose des tissus. L'auteur estime que le premier des deux procédés est de beaucoup le plus efficace et rappelle le Finsen, tout en agissant beaucoup plus rapidement que ce dernier.

Dans le *lupus vulgaire*, on observe une involution du tissu tuberculeux : on dirige le fluide successivement, toutes les dix à trente minutes, sur des surfaces à peu près grandes comme une pièce de 50 centimes. On attend, pour procéder à une nouvelle application, que les phénomènes réactionnels se soient calmés.

Dans deux cas de *lupus érythémateux*, les résultats furent très bons.

Le seul inconvénient de la méthode consiste dans le fait qu'il est fort difficile d'obtenir, avec l'électricité statique, un courant toujours identique à lui-même.

E. VOGT.

Action de l'électricité statique sur les vasomoteurs de la peau, par WINKLER (*Monatsh. f. prakt. Dermatologie*, 45, 1907). — L'auteur a prouvé par une série de recherches que la franklinisation constitue un excitant remarquable des vasoconstricteurs, agissant aussi bien sur l'hyperémie artérielle que sur l'hyperémie veineuse. Les courants de Morton, avec électrode appliquée sur la peau, possèdent la même action, mais après dilatation préalable des vaisseaux et extravasat sanguin.

Avec la haute fréquence, on observe qu'en appliquant l'électrode de verre sur la peau, on obtient une vasoconstriction, et qu'en se servant de l'étincelle on obtient, après une constriction de courte durée, une forte vaso-dilatation avec extravasat sanguin.

Il résulte de ces constatations que la franklinisation convient au traitement des états congestifs de la peau, par diminution de la toxicité (érythèmes, séborrhée congestive) ou dilatation vasculaire, ainsi que dans l'hyperémie par stase (nez, oreilles) et dans tous les cas d'hyperémie inflammatoire (eczémas aigus, impétigo, etc.).

La haute fréquence convient aux cas de nutrition défectueuse de la peau (urticaire, engelures, myosis, zona, acné varioliforme, etc.).

Les courants de Morton agiront sur les régions ischémiées (chéloïdes, cicatrices vicieuses, sclérodermie).

E. VOGT.

Maladies des voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Angio-sarcome de la vessie, par JUNGANO (*Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 1er oct. 1907). — A propos d'un cas d'angio-sarcome de la vessie observé à l'hôpital de Ravenne, l'auteur rappelle les caractères du sarcome de la vessie, d'après Albarran.

Le diagnostic ne se fait guère qu'après l'examen histologique : ce ne serait guère que chez l'enfant, en présence d'une hématurie, que l'on pourrait penser à un sarcome de la vessie, après avoir toutefois éliminé la tuberculose et les tumeurs du rein.

L'évolution est en général assez rapide : le traitement ne diffère pas de celui de l'épithélioma.

M. DESCHAMPS.

Tumeur du testicule, par GENOUVILLE et FENESTRE (*Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 1er oct. 1907). — Il s'agit d'une tumeur du testicule présentant une particularité clinique assez bizarre. La tumeur paraissait macroscopiquement indépendante du testicule et faire corps avec la queue de l'épididyme ; le testicule avait conservé son aspect normal ainsi que l'albuginée, et se trouvait juxtaposé au pôle supérieur de la tumeur qui avait la grosseur d'une mandarine.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait bien néanmoins d'un épithélioma alvéolaire à petites cellules ayant pris naissance dans l'épaisseur même du testicule, probablement dans les couches tout à fait

superficielles du pôle inférieur de la glande. L'épididyme était absolument sain.

La castration fut suivie de guérison, sans récidive, au bout de six mois.

M. DESCHAMPS.

Traitement des tumeurs malignes du testicule, par RUSSELL HOWARD (*The Pratitioner*, décembre 1907). — Ce traitement consiste dans l'ablation du testicule sitôt que le diagnostic est posé, même lorsqu'il y a engorgement secondaire des ganglions lombaires, parce qu'on évite le danger d'un développement fongueux ; enfin la mort à la suite de la tumeur interne est préférable à la mort dans les cas de tumeur exubérante du scrotum.

L'opération est cependant contre-indiquée dans les cas avancés avec tumeur lombaire volumineuse ou métastases dans d'autres organes, car la survie serait trop courte, si l'opération réussissait. L'opération est également inutile quand le cordon est infiltré, en raison de la difficulté d'arrêter les hémorragies au moment de l'intervention.

Chez les enfants cependant on n'opérera pas si les ganglions lombaires sont pris, car l'évolution est trop rapide.

L'opération moderne comprend l'ablation de la tumeur, des ganglions engorgés et de tous les fascias contenant les lymphatiques intéressés. En outre, il est utile d'enlever une partie de la veine spermatique pour empêcher la propagation par la voie sanguine. Mais un cas de Roberts montre que cette opération est fort difficile.

L'incision doit être faite dans le pli de l'aine et le cordon est divisé à l'anneau interne, de façon à en enlever le plus possible. On suture les plans de la paroi abdominale comme dans la cure radicale de la hernie, afin de prévenir une hernie à travers la cicatrice.

Dans le cas de tumeur maligne développée dans un testicule ectopié, on doit essayer de l'enlever. Dans un cas rapporté par l'auteur, la guérison persistait encore deux ans et neuf mois après l'opération. Pendant qu'on enlève le testicule, il faut s'assurer de la communication possible de la cavité de la tunique vaginale avec la cavité péritonéale, afin de fermer l'orifice par une suture après l'ablation de la tumeur.

Dans le cas de tumeur abdominale, l'opération est semblable à celle d'un néoplasme intra-abdominal et ne présente aucune particularité. Presque tous les cas de cette catégorie ont succombé à la récidive.

L. JUMON.

Traitement de l'incontinence d'urine par le procédé de la suspension par les pieds, par NAUWELAERS (*La Clinique des hôp. de Bruxelles*, 16 nov. 1907). — Le procédé consiste dans le maintien du corps pendant quelques minutes dans la position verticale, la tête en bas. L'enfant est suspendu par les pieds à une barre horizontale au moyen d'un large lien qui entoure la cheville. Il faut dissiper toute crainte de chute afin d'obtenir le relâchement musculaire complet des membres inférieurs et du tronc.

Ce mode de traitement s'adresse surtout à l'incontinence nocturne essentielle. On l'a appliqué aussi dans quelques cas d'incontinence nocturne et diurne avec des succès variables.

Ce traitement a donné 12 succès, 3 insuccès. L'âge des enfants a varié de trois ans et demi à quinze ans. On ne peut compter sur la réussite du procédé au-dessous de trois ans et demi. Les insuccès sont attribuables à un onanisme invétéré ou à un sommeil trop profond.

On pourrait croire que la guérison est due à la suggestion par la peur, mais dans certains cas elle a été soigneusement écartée et il faut rechercher une autre influence.

La suspension a pour effet de produire une modification dans la circulation du cerveau, de la moelle et des viscères, une élongation de la colonne vertébrale, de la moelle et des racines nerveuses, une modification de la statique des organes abdominaux et, par là, une action sur le sympathique, les plexus nerveux abdominaux, le plexus hypogastrique.

Le procédé est sans danger et très simple à appliquer, il ne donne pas des résultats inférieurs aux meilleurs traitements, soit médicaux : rhus aromatica, atropine ; soit, chirurgicaux : méthode de Cathelin, de Jaboulay, faradisation.

L. JUMON.

Traitement des traumatismes sous-cutanés du rein, par FRANK (*Archiv. für klin. Chir.*, 1907, t. LXXXIII, fasc. 2). — Les contusions du rein doivent être respectées chirurgicalement : le shock doit être com-

battu par le sérum, l'agitation par la morphine, l'hémorragie par l'adrénaline, l'ergotine, le sérum gélatiné, en injections. Sur 39 cas de contusion du rein, observés à la clinique de Körte, de Berlin, 30 ont guéri sans intervention et sans présenter dans la suite ni anévrisme, ni hydronéphrose, ni néphrite chronique. On intervint deux fois pour des signes de suppuration qui amenèrent à pratiquer la néphrectomie : cette infection est souvent due au cathétérisme, dont on doit s'abstenir autant que possible.

Deux autres interventions furent faites par erreur de diagnostic, les signes cliniques faisant penser à une rupture vasculaire ou intestinale du côté de l'abdomen : la laparotomie montra que le syndrome péritonéal était dû au sang épanché dans l'abdomen et dans le tissu cellulaire périvésical, le rein fut respecté, les malades guérirent.

L'hématurie pathognomonique des contusions du rein peut apparaître dès la première miction ou seulement tardivement, au bout de plusieurs jours, quelquefois après une période d'anurie. La douleur à la pression de la région lombaire est constante. L'épanchement sanguin peut donner lieu à une tuméfaction lombaire qui peut atteindre le volume d'une tête d'adulte : il peut s'infiltrer le long des vaisseaux et donner lieu à des ecchymoses à la région inguinale, scrotale, pénienne. La résorption de cet épanchement peut durer plusieurs semaines et provoquer un léger mouvement fébrile : deux fois on fut obligé de ponctionner l'hématome à cause des menaces de suppuration.

M. Deschamps.

Abcès du rein à gonocoque, par Tédenat (*Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 15 avril 1907). — Il s'agit d'un malade qui présenta, six ans après une blennorragie bénigne, une pyonéphrose qui nécessita la néphrectomie, et dans le pus de laquelle on trouva de nombreux gonocoques, quelques colibacilles et de rares staphylocoques.

L'infection gonococcique peut envahir le rein passagèrement au cours d'une blennorragie, mais dans d'autres cas elle peut y rester définitivement. Quelquefois l'albuminurie au cours de la blennorragie est due à de la congestion rénale ou à l'abus des balsamiques (congestion et néphrite épithéliale). Le gonocoque arrive au rein probablement par la voie lymphatique et sanguine, car dans l'observation publiée, les lésions suppuratives affectaient surtout la couche corticale, bien moins que les calices et le bassinet.

Certaines pyélo-néphrites paragonococciques peuvent être dues à ce que le gonocoque a préparé le terrain à l'installation d'autres microbes banaux.

Dans tous les cas, il convient de signaler que ces complications peuvent survenir même avec des urétrites très légères, ce qui explique certaines prostatites attribuées à tort à la masturbation ou aux excès génitaux.

M. Deschamps.

Sur le traitement de la néphrite aiguë et chronique, par James Johnston (*The Therap. Gazette*, 15 nov. 1907). — Le traitement de toutes les formes de néphrite consiste dans le repos fonctionnel de l'organe et le repos physique.

Il n'existe pas de médicaments, sauf pour combattre quelques symptômes et complications. L'hygiène et le régime, quelques médicaments, parfois une intervention chirurgicale constituent tout le traitement.

Dans la néphrite parenchymateuse, un repos prolongé de trois à six semaines au lit est de rigueur. Une ou deux fois par jour on fait des lotions chaudes ou on donne un bain à 34 ou 36° suivi de frictions et d'enveloppement dans une couverture de laine pendant trente minutes. La quantité de liquide à prendre par jour doit être de deux litres et demi, dont environ la moitié sous forme d'eau. L'auteur a l'habitude de donner toutes les trois heures au cours de la fièvre typhoïde, de la pneumonie et de tous les états toxiques, 150 cc. de solution saline par la bouche, lorsqu'il n'existe pas d'œdème. En dépit des objections qu'on a élevées contre le chlorure de sodium dans cette maladie, l'auteur n'a constaté ici que de bons résultats. Il n'en est plus de même lorsqu'il y a de l'œdème. Le lait, le babeurre et les aliments non albumineux constituent le régime ordinaire dans la forme aiguë. Suivant les indications on peut recourir à l'infusion fraîche de digitale, à l'acétate d'ammoniaque et à la caféine à petites doses.

Les formes chroniques de la néphrite sont pratiquement incurables et on ne peut espérer que de maintenir la compensation du rein. Dans la néphrite parenchymateuse chronique avec œdème : repos au lit, bains et diaphorèse de huit à dix minutes, une

ou deux fois par jour, boissons et aliments non albumineux et déchlorurés.

Mais on peut se départir d'une règle trop rigide suivant les circonstances. L'eau doit être donnée en quantité d'un litre et quart par jour en dehors des autres liquides. Lorsque l'œdème a disparu, que l'urine est de quantité normale et la santé améliorée, le malade devra vivre, si possible, dans un climat chaud de faible altitude. Il prendra des bains tous les jours, portera de la flanelle, boira un litre et quart d'eau pure ou minérale par jour, se livrera à un exercice très modéré et mesurera de temps en temps la quantité de ses urines. Le régime restera toujours relativement déchloruré.

Si l'anémie est grande, on peut recourir au fer.

Le traitement de la néphrite interstitielle suit les mêmes indications, mais doit en outre se guider sur l'état de la pression sanguine.

L. Jumon.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL,

Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité.

Vingt-six interventions pour tumeurs fibreuses de l'utérus, par le Dr Rénon, (*Arch. med. chir. du Poitou*, octobre 1907). — L'auteur rend compte de vingt-six cas, dont sept fibromes présentant une symptomatologie complexe, dix ayant entraîné des hémorragies, qui furent parfois très graves, deux qui donnèrent lieu à des accidents de sphacèle, deux fibromes pédiculés dont un se tordit, un fibrome compliqué de salpingite, un autre de grossesse et trois dont le volume exagéré inquiéta les malades. L'âge de toutes ces malades variait entre trente et quarante-huit ans et sept avaient dépassé quarante-cinq ans. Les accidents pour lesquels les malades avaient consulté étaient d'ordre hémorragique, ce qui contredit, d'après l'auteur, l'opinion par laquelle on devrait respecter les fibromes chez les femmes proches de la ménopause, cette dernière devant en amener la régression. On a démontré, en effet, depuis, que les fibromes qui n'avaient révélé leur existence que par une certaine augmentation de volume du ventre donnent des accidents graves à la période critique. Contre tous ces fibromes, M. Rénon pratiqua presque exclusivement l'hystérectomie abdominale. Une seule fois, il fit l'hystérectomie vaginale, pour un polype fibreux en partie hernié à travers le col, car il trouve incontestablement plus chirurgical et plus anatomique de se servir de la voie haute, maintenant que l'ouverture large du péritoine n'est plus un danger. De plus, l'auteur n'hésite pas à laisser un drain pour peu que l'opération ait été septique à un moment donné.

L'auteur préfère l'hystérectomie subtotale, réservant la totale à des cas déterminés. Lorsqu'il fait la subtotale, il a soin d'évider largement le col au bistouri, de façon à abraser toute la muqueuse. Ayant eu de mauvais résultats chaque fois qu'il avait laissé un ovaire, Rénon trouve préférable de tout enlever et de donner aux malades des préparations ovariques.

R. Blondel.

Grossesse extra-utérine, par le Dr M. Partaelli (*Rivista ginecologia*, nov. 1907). — La fréquence de la grossesse extra-utérine nous oblige à ne pas en oublier l'hypothèse dans les cas de diagnostic douteux. La première période étant celle où se présentent les plus graves accidents qui peuvent se terminer d'une manière subite par la mort de la malade, un diagnostic précoce s'impose : celui-ci donne en même temps l'indicateur de l'intervention chirurgicale.

Les impressions violentes au moment de la conception peuvent déterminer la chute ou la rétention de l'ovule en dehors de la cavité utérine.

L'ectopie ovulaire est plus fréquente chez les femmes qui ont souffert ou souffrent d'affections des organes pelviens, produisant des obstacles à la migration normale de l'œuf. Dans le même sens agissent, bien que par mécanismes différents, la ptose génitale primitive et unique ou secondaire et coexistant avec celle des organes abdominaux (relâchement post-puerpéral des muscles de l'abdomen, dystrophies générales et ectasie vasculaire).

Il est intéressant de rechercher dans les antécédents de la femme, dans ceux du mari et dans les ascendants et collatéraux, les stigmates de dégénérescence physique ou morale, car la cause principale, indépendante de tout mécanisme, la cause des cau-

Le traitement de la Syphilis par les iodures.

Pour prouver que l'iodure est interdit dans le traitement de la syphilis, ses adversaires s'efforcent de démontrer que le mercure est le spécifique de cette affection, ce que les partisans de l'iodure n'ont jamais nié. Il s'agit uniquement de savoir si l'iodure peut, dans certaines conditions, rendre des services qu'on attendrait vainement du mercure, même administré avec toutes les précautions modernes et la meilleure méthode. Or, pour Pautrier, les phénomènes douloureux de la période secondaire, arthralgies, myalgies, douleurs ostéocopes, céphalées avec exacerbations nocturnes, ne connaissent qu'une médication efficace, l'iodure. En outre, à la période tertiaire, la combinaison du mercure et de l'iodure donne des résultats merveilleux (traitement des gommes sous-cutanées, des exostoses, des syphilides ulcéro-croûteuses).

Enfin, l'iodure a une valeur préventive, en présence des accidents vasculaires que la syphilis engendre : on sait que cette dernière constitue un facteur important de sénilité précoce des artères. L'iodure, en dilatant les vaisseaux et en abaissant la pression sanguine, présente une action antisclérosante indéniable.

Il y a quinze ans, M. Souffron, pharmacien à Paris, 40, rue de La Borde, présenta pour la première fois au corps médical des iodures et bromures chimiquement purs : ces produits ne sauraient se conserver à l'état de sel, car ils tombent immédiatement en deliquium. Grâce à un procédé spécial de fabrication, M. Souffron prépare des solutions et sirops titrés à 1 gramme par cuillerée à soupe, et des dragées titrées à 0 gramme 25, qui ne provoquent généralement pas d'accidents d'iodisme. Seuls, les sujets atteints d'idiosyncrasie se plaignent de quelques troubles ; ceux-ci sont du reste fort atténués.

CHEMINS DE FER DE L'OUEST

Pour nos Enfants.

Nous avons déjà signalé à l'attention des Voyageurs et Touristes les Guides, Livrets et Albums publiés sur la Normandie et la Bretagne par la Compagnie de l'Ouest.

Ces publications ne s'adressant qu'aux grandes personnes, la Compagnie de l'Ouest a pensé être agréable aux enfants en faisant établir, exclusivement à leur intention et comme souvenir de voyage, un livret-aquarelle de costumes et paysages bretons.

Ce livret-aquarelle comprend 8 gravures en couleurs, chacune reproduite, en esquisse au trait noir, sur la page mobile qui lui fait vis-à-vis et que les enfants peuvent expédier comme carte-postale, après l'avoir coloriée suivant le modèle; plusieurs chansons (paroles et musique) choisies parmi les œuvres du Barde breton Botrel, et enfin quelques renseignements géographiques.

Nul doute que, par son prix modique (0 fr. 60) et son cachet artistique, il n'obtienne un grand et légitime succès.

Le livret-aquarelle de la Bretagne se trouve dans les bibliothèques des gares du réseau de l'Ouest ou est adressé franco à domicile contre l'envoi de sa valeur (0 fr. 60) en timbres-poste au service de la publicité de la Compagnie, 20 rue de Rome, à Paris.

DÉPÔT CENTRAL : FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS.
DÉTAIL : Pharmacie CHAUMEL, 87, Rue Lafayette, PARIS.

Prescrire le **Nom de CHAUMEL** à la suite du nom de **Topique**.

EXIGER LE NOM DE L'INVENTEUR

---

10 fr. le Flacon de 30 cuill. à bouche

AFFAIBLISSEMENT

5 fr. 50 le 1/2 Flacon de 15 cuill. à bouche

Maladies et Convalescences

Carnine Lefrancq

SUC DE VIANDE DE BŒUF CRUE

Le Plus énergique de tous les Reconstituants

d'une Saveur très agréable.

Chaque cuillerée à bouche de CARNINE LEFRANCQ *représente 100 grammes de VIANDE CRUE.*

FUMOUZE, 78, Faubg Saint-Denis PARIS

Prescrire : **CARNINE LEFRANCQ**

EXIGER LE NOM DE L'INVENTEUR

TOLÉRANCE PARFAITE

IODURE FUMOUZE KI

en Globules Fumouze Glutinisés

à excipient résineux, de 25 centigrammes d'Iodure.

Insolubles dans l'estomac : graduellement solubles dans l'intestin grêle. — 3 fr. 50 le Flacon de 40 Globules.

FUMOUZE-ALBESPEYRES, Docteurs en Médecine, Pharmaciens de 1re Classe, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS.

Prescrire : **GLOBULES FUMOUZE (Iodure de Potassium)**

EXIGER LE NOM DE L'INVENTEUR

es, pour ainsi dire, de la grossesse extra-utérine paraît résider dans quelque tare congénitale.

Dans la symptomatologie on trouve fréquemment : le *vertige*, comme symptôme réflexe, précoce et tenace, les *douleurs*, d'intensité variable, péritonitiques quelquefois, les *hémorragies* internes et externes, irrégulières dans leur apparition et accompagnées de lipothimies, syncopes, etc., l'*expulsion* de morceaux de caduque reconnaisables à simple vue et qu'au microscope on peut différencier de la caduque utérine normale, où se trouve conservé intact l'épithélium des glandes.

L'exploration bimanuelle se pratiquera de préférence dans le sommeil chloroformique.

La vacuité de l'utérus se démontre par l'absence du signe d'Hégar; il n'y a donc pas besoin de pratiquer le cathétérisme instrumental ni digital, le premier est dangereux, et le second difficile à pratiquer.

Après ce qui vient d'être dit, en employant tous les moyens d'investigation, on arrivera à diagnostiquer, avec une facilité relative, la grossesse ectopique à son premier degré. Dans les cas de doutes sérieux, l'intervention chirurgicale les lèvera.

F. Berini.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Le problème de l'alimentation artificielle du nourrisson, par Langstein (*Berl. klin. Wochenschrift*, 2 décembre 1907). — L'auteur insiste en premier lieu sur les différences bien connues et relativement importantes existant entre le lait de femme et le lait de vache : il fait ressortir, en outre, que la teneur en sels du premier est fort variable.

Pendant longtemps, on a spécialement accusé la caséine, qui figure en large proportion dans le lait de vache, d'être cause, par son indigestibilité et son hétérogénèse, des accidents dus à l'alimentation artificielle. L'auteur, depuis trois ans, étudie cette question à la clinique de Heubner, et a reconnu que les albumines des deux laits sont de digestibilité égale. Chez l'enfant sain, l'assimilation est la même dans les deux cas bref, les albuminoïdes ne semblent pas jouer un rôle important dans la question.

Il n'en serait plus de même pour les graisses : celle du lait de vache est nettement indigeste, ainsi que l'ont démontré les études coprologiques : pratiquement, les bons résultats obtenus avec le babeurre, qui contient autant d'albuminoïdes que le lait complet, ont résolu le problème.

Parmi les hydrocarbures, le sucre semble nocif dans certaines conditions et on a avantage de le remplacer en partie par de la farine. Parmi les sucres, c'est la maltose qui est la mieux supportée.

Les sels, enfin, doivent jouer un rôle considérable dans les troubles provoqués par l'alimentation artificielle : leur proportion est très élevée dans le lait de vache, et lorsque les études concernant le métabolisme du chlore dans l'organisme du nourrisson seront plus avancées on verra quel rôle important jouent les sels dans le problème.

La stérilisation, enfin, serait aussi préjudiciable à la digestibilité du lait de femme qu'à celle du lait de vache : les recherches cliniques de Czerny ne semblent pas pourtant avoir démontré le fait.

En résumé, l'auteur déplore que, dans cette question, des vues théoriques aient trop souvent pris le pas sur les études cliniques qui, seules, peuvent nous apprendre dans quelle direction doit être modifiée l'alimentation artificielle, pour qu'elle puisse donner des résultats durables.

E. Vogt.

La leucémie dans l'enfance, par M. M.-E. Benjamin et E. Sluka (de Vienne) (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1907, p. 253-299). — La leucémie, d'après M. M. E. Benjamin et E. Sluka, se rencontrerait assez souvent dans l'enfance. La forme clinique la plus fréquente serait la leucémie *lymphatique aiguë*.

La leucémie *myéloïde* ne s'observerait que pendant la seconde enfance ; quant à la *leucémie lymphatique chronique*, elle serait spéciale à l'âge adulte.

La radiothérapie produirait des effets satisfaisants dans la leucémie myéloïde chronique de l'enfance. Il n'en serait pas de même dans la leucémie lymphatique aiguë. Les auteurs ont, en effet, traité par les rayons X un sujet atteint de leucémie lymphatique aiguë, et ils n'ont constaté aucune

modification dans l'évolution de la maladie. Les rayons Rœntgen ont fait rétrograder cependant les masses ganglionnaires et ont réduit le nombre des globules blancs, mais cette diminution des leucocytes a été passagère et elle a bientôt fait place à une leucocythémie plus marquée qu'avant le traitement.

PIERRE SÉE.

Sur le traitement de la tuberculose abdominale chez l'enfant, par WILLIAM BRANDSON (*The Hospital*, 30 nov. 1907). — Les opinions sont partagées sur la valeur de l'incison simple de l'abdomen dans le traitement des cas avec ascite. L'auteur pense que cette incision n'est en général pas nécessaire, car habituellement l'épanchement disparaît spontanément en quelques semaines, tandis que le siège de ces incisions est souvent envahi par les granulations tuberculeuses.

D'une façon générale, ce qui importe dans le traitement est d'agir de bonne heure, avant que des masses caséeuses volumineuses se soient accumulées dans la cavité abdominale.

Il n'existe pas de médicament de valeur spéciale et tous les efforts doivent tendre à reconstituer l'organisme. Le repos, autant que les circonstances le permettent dans chaque cas, doit être effectué au grand air. Une alimentation lactée abondante et l'usage de laxatifs pour prévenir l'accumulation de gaz et de matières et les risques d'obstruction sont d'abord indiqués. Tant qu'il existe de la fièvre, le malade doit rester couché, mais à l'air libre toute la journée. Même dans un petit jardin il n'est pas difficile de construire un abri contre le mauvais temps, dans lequel l'enfant doit passer ses journées durant quatre ou cinq mois. Toutefois ce traitement à l'air libre appelle certaines restrictions qui viennent des conditions climatiques où l'on se trouve et, si le temps est trop rigoureux, l'enfant restera dans une chambre chauffée, la fenêtre ouverte.

THIERCELIN.

L'urticaire symptomatique infantile et son traitement par l'ichthyol, par SCHARFF (*Therap. Monatshefte*, octobre 1907). — L'auteur préfère ce terme à celui de strophulus ou d'érythème urticarien, et a pu constater, au cours de dix-sept années de pratique, que le meilleur moyen d'enrayer le prurit est d'appliquer sur la peau une solution aqueuse d'ichthyol de 5 à 10 p. 100 ; il est bon d'ajouter, à 100 grammes de cette solution, 5 grammes de glycérine.

On applique la solution deux fois par jour et on recouvre d'amidon. Les points les plus tenaces seront badigeonnés avec un vernis ainsi formulé :

Ichthyol.....	} ââ	40 grammes
Amidon		
Blanc d'œuf liquide.		1 —
Eau ad.....		100 —

Us. ext.

Dans les formes réflexes (irritation d'origine dentaire par exemple), on donnera aussi l'ichthyol à l'intérieur. Un nourrisson peut prendre sans danger trois fois par jour X gouttes de la solution aqueuse à 10 p. 100 : il n'a pas, en général, de répugnance pour cette médication qu'un adulte trouverait désagréable.

E. VOGT.

Corps étrangers des voies aériennes chez les enfants (*The Hospital*, 16 nov. 1907). — Le diagnostic peut être très difficile ou très facile. Une affection unilatérale des poumons avec expectoration purulente et signes cavitaires doit faire suspecter un corps étranger, surtout dans les cas où il n'y a pas de signes de tuberculose. Les accès plus ou moins périodiques de dyspnée ont une certaine valeur diagnostique, si on peut exclure une lésion laryngée. La radioscopie confirme le diagnostic.

Beaucoup de cas guérissent par l'expulsion spontanée du corps étranger ou son encapsulement, mais la moitié des malades succombent, si le corps étranger subsiste, à une inflammation septique secondaire, à un collapsus cardiaque ou à quelque complication. La dilatation des bronches est une séquelle fréquente. Le corps étranger peut être retenu plusieurs années.

On évitera l'emploi des vomitifs, de taper dans le dos, d'inverser le corps, toutes manœuvres qui exposent le corps étranger à passer dans le larynx et à provoquer un spasme mortel. Si on le fait, on doit être prêt à pratiquer immédiatement la trachéotomie.

La trachéotomie est le traitement de choix, car elle réduit les risques du spasme de la glotte et facilite la sortie du corps étranger. La trachée doit être ouverte au-dessous de l'isthme du corps thyroïde. Le corps étranger sera souvent expulsé à travers la plaie, tenue largement ouverte et en s'aidant de l'inversion. Si on échoue, on

essaye de le localiser, puis de l'enlever avec des instruments appropriés. La canule peut être enlevée le lendemain, à moins qu'on ne suppose que des fragments soient restés en place.

Dans des cas rares on a atteint le corps étranger à travers la cavité pleurale et le médiastin postérieur, ou dans le cas de la bronche droite, par le médiastin antérieur. Le drainage local est nécessaire en cas de suppuration et de gangrène du poumon.

L. Jumon.

Traitement de l'hyperpyrexie chez les enfants, par G.-H. Lock (*The Hospital*, 30 nov. 1907). — Il est extrêmement rare d'observer chez les enfants atteints de rhumatisme aigu l'hyperpyrexie. Cependant Lock en rapporte un cas mortel chez une fillette agée de six ans. La température s'éleva à 42°8 et fut peu modifiée par le traitement. Les enveloppements froids furent très mal supportés.

Le cas rapporté s'est fait remarquer par la sécheresse de la peau pendant l'hyperthermie.

Il importe beaucoup d'abaisser la température dans ces cas.

Cet abaissement n'entraîne pas nécessairement une durée plus courte de la maladie, mais l'hyperthermie poussée à ce degré extrême devient un danger pour l'existence. Le traitement adopté variera avec l'intensité de la fièvre, la durée, la nature de la maladie et son évolution. Les indications sont les suivantes :

Eliminer les toxines par l'action purgative, les lavages, des irrigations rectales, par les diaphorétiques et les diurétiques. Réduire les sources de la chaleur en mettant le malade à une diète relativement liquide.

Favoriser la déperdition de la chaleur de la superficie du corps par une large aération de la chambre, des couvertures légères et une atmosphère sèche.

Appliquer de la glace sur la tête, ou placer la tête sur un sac de caoutchouc plein d'eau froide s'il y a des symptômes cérébraux. Les suppositoires de glace et les irrigations rectales à la température de 35° sont utiles chez les enfants, s'il n'y a pas trop de prostration.

Les lotions froides doivent être employées dès que la température dépasse 40°, ou bien dans les cas plus graves, on a recours à des expressions froides, à des frictions sur le corps avec de la glace, à des enveloppements froids ou au bain froid. Ces deux dernières méthodes ne sont pas souvent applicables aux enfants et peuvent causer des frissons, de la cyanose et du collapsus. Il est possible que l'application temporaire de la chaleur sur la peau soit utile en déterminant la dilatation des vaisseaux contractés de la peau.

Les médicaments antipyrétiques sont quelquefois nécessaires, surtout lorsqu'on ne peut compter sur les gardes. Ils sont très utiles dans l'hyperpyrexie du rhumatisme, de la broncho-pneumonie et de la fièvre typhoïde, mais on doit en user avec précaution. Une combinaison de phénacétine et de caféine vaut mieux que l'antipyrine ou l'acétanilide. On la donnera à doses petites et répétées. L'aconit, la quinine et les salicylates peuvent également être utiles.

L. Jumon.

Sensibilité augmentée à l'égard des médicaments pendant les poussées de croissance, par Troïtzki (*Vratchébnaya gazeta*, 1907, n° 25 et 26). — On sait que la posologie des médicaments chez les enfants établie suivant l'âge est des plus approximatives. D'après l'auteur, elle le serait alors même qu'on voudrait se guider sur le poids du corps dans chaque cas particulier. En effet, des expériences qu'il a instituées sur de jeunes cobayes, rats et chiens, au moyen de médicaments dont l'action est facile à contrôler (strychnine, atropine, pilocarpine) et qu'il a eu aussi l'occasion de vérifier dans sa pratique pédiatrique, ont montré que les jeunes animaux, tout comme les enfants, sont particulièrement sensibles aux médicaments lors des poussées de croissance, s'échelonnant aux diverses périodes de développement de l'organisme et survenant fréquemment pendant la convalescence de maladies infectieuses aiguës. Aussi l'auteur voudrait-il qu'on revisât, à ce point de vue, la posologie adoptée en thérapeutique infantile et qu'on fixât pour les périodes de croissance rapide — malgré l'augmentation du poids du corps, laquelle peut être, comme on sait, relativement très considérable — des doses sensiblement inférieures à celles qui sont classiquement calculées rien que par mois ou par année d'âge.

V. de Holstein.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT,

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Le soufre colloïdal, par JOSEPH (*Dermat. Zentralblatt*, n° 18, 1907). — Le soufre colloïdal est une poudre gris blanchâtre, se dissolvant dans l'eau : la solution doit toujours être préparée au moment de s'en servir. La teneur en soufre est de 80 p. 100, la réaction est neutre ; les acides précipitent le soufre dans les solutions.

Les avantages du soufre rendu soluble sont indéniables, les solutions, les pommades et les émulsions à 10 p. 100 sont spécialement à recommander et trouvent leur indication dans tous les cas où le soufre est d'usage courant. Dans la séborrhée du visage, on peut plusieurs fois par jour faire des lavages avec une solution aqueuse de 2 à 5 p. 100, et dans l'acné indurée de la face on utilisera avec succès la prescription suivante :

Soufre colloïdal.....	10 gr.
Pâte salicylique de Lassar ad ...	100 gr.

Us. ext. A appliquer le soir sur les parties malades, recouvrir d'ouate et d'un masque de toile mince. Le lendemain, lavage à l'eau chaude puis au savon à 10 p. 100 de soufre colloïdal.

Le produit ne provoque jamais de conjonctivite.

Pour l'acné du dos, on emploiera de préférence :

Soufre colloïdal.....	50	parties.
Eau distillée.....	350	—
Savon mou de potasse.....	150	—

Us. ext.

Les réactions inflammatoires éventuelles seront combattues par la vaseline boriquée.

Ce savon sera aussi indiqué dans l'alopécie pityroïde, pour combattre l'hyperkératose des gaines pilaires; on peut aussi employer dans ces cas une solution aqueuse de soufre colloïdal à 10 p. 100. Le lavage sera employé le matin, et la pommade le soir.

E. VOGT.

Un cas d'empoisonnement par les gousses de faux ébénier, par M. SCHALEUKAMP (*Deutsche ärtz. Zeitung*, 1er juillet 1907). — Les intoxications par les gousses de faux ébénier ou *Cytisus Laburnum* (famille des Papilionacées) serait, d'après M. Schaleukamp, assez fréquentes chez les jeunes sujets. L'auteur cite le cas d'un enfant qui, une heure et demie après avoir mis dans la bouche et machonné cinq gousses, présenta des phénomènes d'intoxication (anorexie, somnolence, puis délire, etc.). M. Schaleukamp prescrivit d'abord des lavages de l'estomac qui restèrent sans effet. Il introduisit alors, par la sonde, du charbon végétal assez grossier. Les vomissement ne tardèrent pas à se produire et expulsèrent le poison. Le petit malade guérit complètement.

L'auteur conclut que l'on doit, en présence d'une intoxication par le faux ébénier, provoquer les vomissements afin de hâter l'élimination du poison.

PIERRE SÉE.

Nouvelles communications sur le tannigène, par M. SIEBOLD (*Allgemein med. central Zeitung*, 20 juillet 1907). — M. Siebold estime, en se basant sur 342 observations, que l'emploi du tannigène constitue un traitement spécifique de la diarrhée estivale des enfants. Le tannigène serait, en effet, facilement toléré ; il ferait cesser les vomissements, rendrait les selles plus rares et plus consistantes.

On hâterait la guérison en prescrivant en même temps des bains quotidiens.

Le médicament serait également efficace contre la diarrhée aiguë ou chronique des adultes.

L'auteur conseille de ne pas donner d'emblée le médicament, mais de prescrire un purgatif (calomel, huile de ricin) cinq à quarante-huit heures avant d'administre le tannigène. Cette recommandation s'applique aussi bien aux enfants qu'aux adultes.

PIERRE SÉE.

Sur l'emploi des petites doses de rayons de Rœntgen en thérapeutique, par le prof. RIEDER (*Münch. med. Woch.*, 3 sept. 1907). — C'est surtout la dose minime, d'après l'auteur, qui joue le principal rôle en radiothérapie. Les hautes doses ne sont indiquées que dans les cas de tumeurs malignes et ces doses sont souvent nuisibles dans les maladies de la peau et du sang.

Dans la leucémie on a souvent dépassé la dose permise, on doit cesser le traitement dès qu'il se produit une forte diminution des leucocytes, et dans ce cas il est contre-indiqué de continuer le traitement. L'appli-

cation des rayons doit se faire avec un tube de dureté moyenne en contrôlant constamment le chiffre des leucocytes et l'état général; on laissera un intervalle d'une ou de plusieurs semaines entre chaque période de traitement. Dans la maladie de Basedow, il suffira de faire deux applications de cinq minutes de durée par semaine, sans qu'on voie apparaître des troubles cardiaques comme avec l'emploi de l'iode.

Le même procédé a donné de bons résultats dans les névralgies rebelles du trijumeau et du sciatique.

Dans les maladies de la prostate on peut obtenir des améliorations en influençant directement le foyer morbide par une ampoule introduite dans le rectum sans qu'on ait à craindre une brûlure, car l'expérience a montré que la muqueuse rectale est plus résistante que la peau aux rayons X.

Dans l'hypertrichose la dose doit être juste assez forte pour suffire à une épilation temporaire sans réaction. Il est nécessaire de recommencer le traitement et les poils repoussent. Ce procédé doit être préféré à celui qui entraîne, outre la chute définitive du poil, une atrophie cutanée, des télangiectasies, etc. Si le traitement est trop long, il vaut mieux appliquer l'électrolyse.

La radiothérapie à petites doses conviendra pour l'eczéma chronique, surtout lorsqu'il est localisé. Une, deux ou trois séances de cinq minutes de durée avec intervalles de huit jours suffisent souvent pour faire complètement disparaître l'eczéma. Le résultat est souvent parfaitement satisfaisant dans l'intertrigo, les eczémas rebelles professionnels. Dans le psoriaris elle doit être préférée au traitement par la chrysarobine. Le traitement avec tubes durs de 3 à 5 minutes dans le lupus vulgaire et érythémateux donne de meilleurs résultats qu'un traitement plus intense avec des tubes mous. Il en est de même pour l'acné, la furonculose chronique, le prurit, la tuberculose ganglionnaire, les verrues jeunes.

Pour les tumeurs profondes il faut choisir des tubes durs qui laissent pénétrer profondément les rayons sans intéresser la peau.

L. JUMON.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Hôpital des Enfants-Malades. — *Année 1907-1908 — Semestre d'hiver.* — Dr BROCA. Les mardis et les jeudis, à la Consultation : *Examen et interrogatoire des malades par les élèves*, sous la direction du Chef de service.

Les mercredis, à 10 h. 1/2 (à partir du 13 novembre), à la Salle des Conférences : *Leçons cliniques de chirurgie infantile.*

Dr MOIZARD. Les mercredis et les samedis, à 9 h. 1/2, dans les Salles : *Examen des malades nouveaux et conférences cliniques.*

Dr RICHARDIÈRE. Les jeudis, à 10 heures, Salle Blache : *Démonstrations cliniques et examen des malades par les élèves.*

Les mercredis, à 10 heures : *Consultation externe. Examen des malades* (diagnostic et traitement).

Dr VARIOT. Les lundis à 10 h. 1/2 (à partir du 6 novembre). Salle Gillette : *Conférence d'Hygiène et de clinique infantile.*

Les jeudis, de 10 heures à midi, à la Consultation externe : *Démonstrations pratiques de clinique infantile.*

Dr F. TERRIEN. *Ophtalmologie.* Les mardis, de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2 : *Présentation de malades.* De 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2 : *Examen de l'œil en médecine générale.*

Les jeudis et samedis : *Consultations et opérations.*

Hôpital Broca. — Dr J. DARIER. — *A partir du 1er novembre :* Les lundis, mercredis et vendredis, à 9 heures : *Consultations de Dermatologie*, à la Salle des Consultations.

Les mardis : *Opérations dermatologiques*, à la Salle Vidal.

A partir du 1er février 1908 : Conférences sur un sujet dermatologique, avec présentations de Malades et Projections microscopiques.

Le sujet de ces Conférences et les dates auxquelles elles auront lieu seront fixés ultérieurement.

Hôpital Saint-Louis. — Le Dr Henri Dufour, médecin des hôpitaux, fera dans son service d'enfants de l'hôpital Saint-Louis six conférences gratuites sur les *maladies nerveuses les plus communément observées chez les enfants*, les mercredis 11 et 18, jeudis 12 et 19, vendredis 13 et 20 décembre 1907 à 10 du matin.

Prière de s'inscrire d'avance dans le service, le nombre des places étant limité.

Hôpital Saint-Antoine. — Dr Béclère. *Radiologie médicale.*

En dehors des deux cours de vacances annuels qui sont annoncés par affiches spéciales, l'enseignement clinique de la radiologie médicale est donné journellement comme il suit :

Tous les jours, dimanches exceptés, à 9 h. du matin : *Examen clinique* des malades justiciables de la radiothérapie ou de la radiumthérapie. (Dermatoses, Tuberculides, Néoplasmes, Adénopathies, Leucémies, etc.)

Tous les jours, dimanches exceptés, à 9 h. du matin : *Traitement* de ces malades avec l'aide des assistants libres du laboratoire, M. le Dr Belot, M. le D Haret et M Jaugeas.

Vendredi matin, à 10 heures, *Examen radioscopique* des malades du service.

Samedi matin à 10 heures, examen radioscopique des malades externes. (Exploration des poumons, des plèvres, des ganglions bronchiques, du cœur, de l'aorte, de l'œsophage, de l'estomac, etc.)

Dr Lenoir. *Enseignement élémentaire* destiné aux étudiants de première année, salle Axenfeld.

Du 4 novembre au 24 décembre, tous les matins à 9 heures, *Conférence* d'une demi-heure par le Chef de service ou l'un de ses assistants sur les *Premières notions de Médecine.* (Interrogatoire et examen des malades, Séméiologie, Éléments d'Urologie et d'Anatomie pathologique.)

Après la Conférence, visite dans les salles et *Clinique élémentaire* au lit des malades.

Dr Triboulet. A partir du 15 novembre, le samedi matin, à 10 h. 15, *Leçon théorique*, au laboratoire Marjolin, sur la *Nutrition générale* et la *Tuberculose.*

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies de l'énergie, par le Dr Albert Deschamps, préface de M. le professeur Raymond. — Un vol. in-18, 1500 pages, librairie Alcan, boulevard Saint-Germain, 108, Paris.

L'auteur de cet ouvrage ne s'est pas borné à décrire, après tant d'autres, cet état de faiblesse irritable nommé « neurasthénie » et dont on a voulu bien à tort faire une espèce pathologique distincte ; il s'est attaché à comprendre les malades, à étudier les causes et la génèse des symptômes et à essayer de les interpréter. L'observation lui a montré que la plupart des « neurasthéniques » sont des sujets (doués de bonne apparence) qui ne transforment pas en énergie active les énergies qu'ils reçoivent des aliments et du dehors et n'accumulent pas cette énergie. Chez eux, ce n'est pas le *vouloir* qui est atteint — ainsi que le croient bien des gens — c'est le *pouvoir*, c'est-à-dire l'énergie physique Il y a chez ces malades des troubles variables selon l'origine de la maladie, mais qui portent sur les sources de l'énergie. Quelles sont ces sources ? Pourquoi sont-elles taries ? Par quels mécanismes ? Et comment ramener l'énergie physique absente ? Tel est le problème que s'est posé le Dr Albert Deschamps et qu'il a résolu à l'aide de la doctrine énergétique qui régit, comme on le sait aujourd'hui, les phénomènes biologiques aussi bien que les phénomènes physiques. C'est ainsi qu'il a été conduit à écrire, le premier, une pathologie de l'énergie.

On trouvera dans cet ouvrage le développement de la doctrine. L'auteur décrit successivement : les causes de la diminution de l'énergie ; les symptômes sensifs, — moteurs ; adynamiques et atoniques (ce qui n'est pas la même chose) ; l'impossibilité de l'entraînement, signe caractéristique qu'il nomme « aphorie » ; les troubles de l'équilibre en résumé, les phénomènes produits dans les différents organes par la diminution du courant nécessaire à leur besoins fonctionnnels ; puis les symptômes chimiques et thermiques ; les insomnies ; les asthénies des pauvres, des paysans, des ouvriers, des enfants (à signaler le portrait psychologique de l'enfant asthénique). L'étude des causes et des symptômes l'amène à une interprétation nouvelle et toute personnelle des phénomènes d'asthénie, les sources de l'énergie peuvent être épuisées, insuffisantes par hérédité ou par acquisition) ou inhibées. D'où trois catégories d'asthéniques : les *épuisés*, les *insuffisants* et les *inhibés*.

La thérapeutique est l'aboutissement naturel de la doctrine. Elle a pour but le réglage du rendement fonctionnel de l'organisme entier ou de l'organe atteint, par des procédés destinés à ramener à la normale possible l'équilibre fonctionnel perdu. Tous ces procédés constituent une méthode logique et rigoureuse, mais variable selon l'origine de l'asthénie : repos, isolement, air, réglage du régime alimentaire, de la pression artérielle, de la minéralisation organique, de la réaction urinaire, du sommeil et de l'état mental. Un chapitre spécial est consacré à la description de chacun de ces procédés. L'auteur y a ajouté des conseils pratiques s'adressant aux malades aussi bien qu'aux médecins.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

L'Enésol. — L'Enésol est un salicylarsinate de mercure complètement soluble, renfermant 38,46 p. 100 de mercure et 14,4 p. 100 d'arsenic. Introduit en l'année 1904 et employé depuis lors par un grand nombre de syphiligraphes, il présente aujourd'hui un intérêt tout particulier depuis que l'emploi de l'arsenic, sous la forme intensive d'*atoxyl*, a été préconisé de divers côtés, dans le traitement de la syphilis, celle-ci étant une maladie à spirochètes et l'atoxyl ayant prouvé ses effets dans les maladies parasitaires relevant de ce groupe.

Mais quelques résultats qu'on ait obtenus avec l'atoxyl et souvent au prix de risques réels en raison de la quantité considérable d'arsenic dissimulé qu'il renferme, il a bien fallu reconnaître qu'il ne pouvait à lui seul réaliser une cure complète des accidents syphilitiques. Pas plus aujourd'hui qu'autrefois, le praticien ne peut traiter une syphilis en se passant totalement de mercure. Il n'est pas moins ressorti de ces travaux que l'emploi de l'arsenic comme adjuvant de l'hydrargyre s'impose à tous les thérapeutes consciencieux. Aussi l'énésol, qui réalise précisément l'association de ces deux corps, est-il devenu la préparation à l'ordre du jour.

Les nombreuses observations publiées sur l'emploi de l'énésol ont montré que les injections faites avec ce sel sont à peu près indolores, en tout cas toujours très bien supportées par les malades les plus pusillanimes. Les recherches récentes faites à la clinique du professeur Petrini-Galatz, de Bucharest, par le Dr Davidescu, ont montré que son absorption était très rapide, puisque certains malades atteints de céphalée syphilitique accusaient une amélioration dès la deuxième injection, et que son élimination, surveillée à l'aide du procédé très précis de Zenowsky, était très régulière.

Le Dr Dresch (*Bulletin de thérapeutique*, 30 janvier 1906) s'est servi de l'Enésol dans la cure post-thermale, à Ax-les-Thermes, d'une cinquantaine de syphilitiques. Sur plus de cinq cents injections, il n'a pas constaté une seule fois ni noyaux, ni indurations quelconques, ni abcès. Les résultats ont été d'une rapidité et d'une efficacité remarquables. Chez les sujets qui n'avaient pas pris la précaution, pourtant si indispensable, de faire vérifier l'état de leur dentition, la salivation est apparue dès les premières injections, preuve de l'extrême rapidité de l'absorption du médicament. Dix, douze, quinze injections au plus, de 6 centigrammes chacune, dans 2 centimètres cubes de liquide, ont chaque fois suffi à la cure, et parmi celle-cis, il en est de fort remarquables, entre autres celle d'un paralytique général (maintenue depuis 14 mois) et d'un myélitique (quatre séries de deux injections).

A Milan, le Dr Majocchi a pratiqué 746 injections d'*Enésol* dans 31 cas de syphilis. Il se loue beaucoup de l'emploi de ce corps et termine son travail par les conclusions suivantes (*Journal italien des maladies vénériennes et de la peau*, 1906, p. 562) :

1° L'Enésol est très bien toléré localement : très rarement et seulement chez quelques patients, il se montre douloureux au point de l'injection, mais le patient s'y habitue vite ;

2° L'Énésol ne donne pas de phénomènes de réaction locale avec formation de nodosités douloureuses et persistantes comme le font les autres préparations mercurielles ;

3° Il ne provoque pas d'hydrargyrisme, sauf dans des cas très rares. Les lésions des muqueuses cèdent rapidement à son emploi. Les troubles intestinaux qu'il peut déterminer sont exceptionnellement rares et présentent toujours un caractère très bénins ;

4° Il est bien toléré par l'organisme : son usage amène la disparition rapide des accidents secondaires : les lésions tertiaires rétrocèdent rapidement, jusqu'à guérison complète, ce qui a été le cas, en particulier, pour deux malades de l'auteur atteints de syphilis du système nerveux ;

5° L'Enésol jouit d'une action reconstituante précieuse chez les syphilitiques anémiés, pour lesquels il constitue le sel mercuriel spécialement indiqué ;

6° Sur 746 injections, l'auteur n'a observé aucun accident et le cas unique d'intolérance apporté par le Dr Hallopeau, s'explique quand on l'étudie de près, par les conditions particulières de son malade, antérieurement saturé de mercure au moyen de préparations introduites par la voie buccale.

En résumé, de tous les travaux que nous venons de mentionner, ainsi que de tous ceux qui ont été publiés ailleurs au sujet de l'Enésol, il ressort que, par l'heureuse association qu'il réalise, ce sel constitue le traitement mercuriel de choix, chez les sujets même les plus délicats. La découverte récente du rôle adjuvant si considérable de l'arsenic dans la cure mercurielle en fait le médicament à employer désormais avant tout autre, chaque fois qu'une action antisyphilitique rapide et puissante sera indiquée.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE

PAR LES

Drs E. BOUCHUT & A. DESPRÉS

Septième édition, mise au courant des derniers Progrès de la Science

Par les **Drs G. Marion** et **F. Bouchut.**

Magnifique vol. de 1590 pages in-8° sur deux colonnes, avec 1097 gravures dans le texte. *Indispensable aux Familles.*

Prix : BROCHÉ, **25** FR. ; — RELIÉ, **30** FR.

Le *Dictionnaire de Médecine et de Thérapeutique médicale et chirurgicale* des Docteurs BOUCHUT et DESPRÉS se trouve depuis nombre d'années entre les mains de tous les Médecins et Chirurgiens et de tous ceux qui ont à s'occuper des malades, dans les pharmacies, hôpitaux, infirmeries et maisons de santé.

La septième édition de ce Dictionnaire, l'un des plus pratiques et des plus utiles, vient d'être publiée par les soins de MM. les Docteurs MARION, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, et Fernand BOUCHUT.

On y retrouvera, mises au courant des découvertes de la science, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontotechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, et *un formulaire spécial pour chaque maladie.* 1097 gravures ornent ce superbe ouvrage de 1590 pages gr. in-8°, imprimé sur deux colonnes.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

1907

Maladies infectieuses.

ACTINOMYCOSE dans la région du Nord. Traitement, 701.

DIPHTÉRIE. Emploi de l'acide formique, 444. — et croup à l'hôpital de Gand, 700. — (Pyocyanase comme moyen prophylactique et thérapeutique dans la), 808. — Traitement, 266. — Traitement par les injections massives de sérum antidiphtérique, 738.

ERYSIPÈLE. Traitement par le sérum antidiphtérique, 11. — et moustiques. Traitement, 303. — Médications, 481. — Traitement par le métacrésolanyto], 555.

ESTOMAC (Cancer de l'). Traitement, 469.

FIÈVRE et son traitement, 839. — typhoïde chez les personnes âgées, 739. — typhoïde et vin, 556. — typhoïde (Gangrène spontanée de la jambe dans la), 808. — typhoïde. Hémorragies intestinales, 266. — typhoïde. Ophtalmodiagnostic, 515. — typhoïde. (Sérothérapie de la), 700. — typhoïde. Traitement, 51, 302, 374, 627. — Traitements modernes, 627. — Traitement par le pyramidon, 302. — (Tympanisme et colite dans la). Traitement, 517.

GRIPPE chez un adulte. Thérapeutique schématique, 265.

INFECTION péritonéale. Traitement, 438.

INFLUENZA. Traitement, 265. — Traitement par la quinine, 52.

INJECTIONS intra-veineuses de collargol dans quelques maladies infectieuses, 771.

INSUFFISANCE hypophysaire (Symptômes d'), au cours des maladies toxi-infectieuses, 771.

NÉPHRITE scarlatineuse. Prophylaxie, 155.

ŒDÈMES des tuberculeux. Injections de plasma marin, 445.

PARALYSIE diphtérique. Sérum, 445.

PUSTULE maligne. Traitement, 11, 303.

SCARLATINE. Emploi de l'hydrate de chloral, 155. — et néphrites aiguës. Régime achloruré dans le traitement, 126. — Traitement, 480, 627, 839.

SEPTICÉMIE. Traitement, 555.

SÉRUM antidiphtérique, 517.

TEMPÉRATURE (Action des métaux colloïdaux électrolytiques sur la), 701.

TÉTANOS consécutif à de petites lésions de la face, 555. — Emploi de la cholestérine, 194. — Traitement, 375, 444. — inflammatoire à forme néoplasique, 253.

TUBERCULOSE inflammatoire et arthritisme, 43. — locales (Héliothérapie dans les), 628. — (Sérum de Marmorek dans la), 772. — (Traitement de la) par l'extrait de foie, 838.

TUMEURS malignes. Injections de sang provenant d'un animal, 629.

VARIOLE et vaccine, 510. — Traitement, 194.

Maladies générales non infectieuses.

ADDISON (Maladie d'). Guérison, 378.

ALIMENTATION des cancéreux, 195.

AMAIGRISSEMENT (Cure d'), 343.

ANÉMIES. Traitement, 124. — essentielles. Radiothérapie, 410. — graves. Transfusion sanguine, 409. — pernicieuse. Evolution et traitement, 840. — pernicieuse, 305, 518, 556. — pernicieuse. Etude pathogénique, 87. — pernicieuse, progressive, 663. — pernicieuse Traitement, 156. — pernicieuse. Traitement par la moelle osseuse, 630. — pernicieuse progressive. Traitement, 124.

ARTHRITE déformante (Acide pyroligneux dans l'), 591. — rhumatoïde. Traitement, 591.

ASSIMILATION. Action des agents physiques, 12.

BASEDOW (Maladie de). Sérum de Mœbius, 447, 702. — (Maladie de), traitée par l'opothérapie hypophysaire, 773. — (Maladie de) Traitement, 268.

CALCIFICATION et décalcification chez l'homme, 522, 665.
CHLORO-anémie dite essentielle. Traitement, 343. — essentielle. Injections sous-cutanées de sérum de lapin, 409.
CHLOROSE (Bains chauds contre la), 157. — Méthode sudorifique et fer dans le traitement, 840. — Traitement par les bains de boue chaude, 305.
CORPS thyroïde et intestin, 447. — Fonction orégogène, 230.
DÉPOTS uratés dans les tissus, 519.
DIABÈTE (Le), 376. — (Elimination du sucre dans le), 376. — (faux). Traitement, 592. — insipide. Adrénaline, 558. — (Saturnisme par ingestion surabondante d'eaux potables plombifères dans le), 522. — Traitement, 375. — Traitement par l'acide salicylique, 304. — Traitement par le phosphore, 87. — expérimental, 410. — insipide guéri par les injections mercurielles, 269. — pancréatique, 125. — par syphilis du pancréas, 521. — sucré, 87. — sucré (Agents physiques dans le traitement du), 375. — sucré et glycosurie chronique. Action de certains médicaments, 519. — sucré. Traitement médicamenteux, 521.
DIABÉTIQUES (Nutrition chez les), 445. — Pommes de terre dans le régime des), 737. — Tolérance comparée des divers hydrates de carbone par l'organisme des), 229. — (Tolérance de l'organisme des) pour l'albumine et les hydrates de carbone, 410.
DYSCRASIES sanguines. Traitement par les injections de sérum frais, 774.
ECHANGES des matières. Action de la lécithine, 229. — organiques. Modifications sous l'influence du chlorure de baryum, 12.
EMPOISONNEMENT par la crème et les gâteaux à la crème, 482. — par le gaz d'éclairage. Traitement, 737.
FATIGUE. Toxine et antitoxine, 410. — Traitement, 629.
GANGRÈNE diabétique. Traitement, 521.
GLANDE thyroïde. Hypertrophies. Traitement, 52.
GLYCOSURIE goutteuse. Traitement, 520.
GOITRE exophtalmique. Traitement, 306, 772. — exophtalmique. Traitement hydrominéral, 737.
GOUTTE (accès de), considéré comme maladie infectieuse, 410. — Cachets (contre la), 482. — chronique, 157. — Lavements (contre la), 703. — Stase veineuse artificielle dans l'accès de), 267. — Thérapeutique (de l'accès de), 304. — Traitement, 304. — Traitement par l'acide chlorhydrique, 841.
GOUTTEUX. Thérapeutique et hygiène, 557.
HÉMOGLOBINURIE. Sérothérapie antidiphtérique, 519.
HÉMOPHILIE, 157, 381.
HÉMORRAGIES (Transfusions d'eau salée pure et de sérums à minéralisation complexe dans les), 518.
HYPERTHERMIE (Application de glace sur la région précordiale dans l'), 269.
HYPERTHYROÏDIE et hypothyroïdie, 518.
INDICANURIE, 377.
INFANTILISME tardif de l'adulte, 446.
INJECTIONS intra-veineuses insolubles, 738.
INSUFFISANCE surrénale aiguë, 125. — thyroïdiennes, 48. — hypophysaire, 771.
INTOXICATION éthylique aiguë. Traitement. 773. — mercurielle. Traitement, 378. — saturnine, 13.
LEUCÉMIES et radiothérapie, 231. — lymphatique, 557. — Traitement par la radiothérapie, 519.
MALADIE bronzée d'Addison. Opothérapie, 306.
MAL des montagnes. Thérapeutique, 12.
MÉDICATION décalcifiante, 664. — thyroïdienne, 306, 482.
MORPHINISME. Traitement, 411.
MYXOEDÈME familial, 557.
NERVOSISME thyroïdien, 703.
NEURO-ARTHRITISME et corps thyroïde, 157.
NUTRITION (Action des eaux de Spa sur la), 88. — (Troubles de la). Massage abdominal, 774. — générale (Influence des rapides déplacements d'air sur la), 523.
OBÈSES. Traitement hydrominéral, 664.
OBÉSITÉ. Traitement, 341. — Traitement hydrominéral, 267. — Traitement rationnel, 703. — Traitement selon von Noorden, 11.
ŒDÈMES thyroïdiens transitoires, 87.
OSTÉOMALACIE. Adrénaline en injections sous-cutanées, 343. — Action de l'adrénaline, 702. — (Emploi de l'adrénaline dans l'), 125. — et capsules surrénales, 269. — guérie par les injections sous-cutanées d'adrénaline, 774.
PELLAGRE. Traitement par l'atoxyl, 663.
POLYCYTHÉMIE chronique en cyanose avec splénomégalie, 446.
PSEUDO-LEUCÉMIE. Traitement, 305. — rhumatismes infectieux et rhumatismes chroniques. Traitement, 230.
RACHITISME, 411. — (Recherches thérapeutiques sur le), 664.
RATE (Exposition isolée de la) aux rayons X. 774.
RATION d'entraînement du soldat (Sucre dans la), 522.
RÉGIME végétarien, 775.
RHUMATISME aigu ou chronique, 344 — aigu. Traitement, 481. — articulaire. Traitement, 53. — articulaire. Traitement par l'ionisation salicylée, 12. — articulaire aigu. Pommade contre), 482. — articulaire aigu.

Traitement, 156. — chronique, 481. — chronique (Contre le), 665. — chronique et insuffisance thyroïdienne, 518.
SURALIMENTATION habituelle. Danger, 195.
THYROÏDIEN. Traitement, 482.
THYROÏDIENNE. Insuffisance, 556.
URICÉMIE (Cachets contre l'), 592.
UROTONOMÉTRIE des états diathésiques avant et après la cure de Vichy, 377.

Chirurgie générale.

ABCÈS appendiculaires. Traitement, 306. — pelviens d'origine appendiculaire. Traitement, 378, 447.
ABDOMEN. Tumeurs inflammatoires pseudo-néoplasiques, 15.
ACTINOMYCOSE intestinale. Traitement, 160.
ADÉNITES tuberculeuses traitées par la radiographie, 628. — par la tuberculine, 706.
AFFECTIONS malignes. Traitement par la trypsine, 667.
ANESTHÉSIE chirurgicale mixte par le véronal, la morphine et l'éther, 234. — héroïno-chloroformique, 233. — lombaire, 592, 630. — par le somnoforme, 346. — spinale. Etendue en hauteur, 16.
ANESTHÉSIQUE général. Le chlorure d'éthyle, 273, 486.
ANÉVRISMES. Traitement par l'extirpation, 842.
ANGINE et appendicite, 160.
ANUS (Fissure à l'). Traitement par le permangate de potasse, 449.
APONÉVROSE palmaire (Rétraction de l'). Traitement par la thiosinamine, 559.
APPENDICE iléo-cæcal. Cancer, 196, 307.
APPENDICITE. Opération précoce, 415. — Opération tardive, 811. — (Toxicité urinaire dans l'), 361. — traumatique, 306.
APPENDICECTOMIE par incision transversale, 89.
ARTHRITE blennorragique. Traitement par la ponction articulaire et la mobilisation précoce, 413. — chroniques. Traitement par la fibrolysine, 14. — goutteuse. Traitement chirurgical, 844.
ARTICULAIRES (Affections). Massage et ionisation, 485.
BIER (Méthode de), 196, 525.
CANAL thoracique. Chirurgie, 231.
CANCER (Résection de l'estomac pour), 159. — (Traitement du) par l'iodure de potassium, 90. — Traitement par la fulguration associée à l'ablation chirurgicale, 744. — par la sidération, 685. — Traitement par la trypsine, 128. — Epithéliomes et cancers. 1.
CARIE des os. Traitement au moyen des rayons X, 777.
CAVITÉS osseuses d'origine ostéomyélitique. Traitement, 181.
CHOLÉCYSTECTOMIE, 594.
CŒUR (Chirurgie du), 414.
CÔLON. Dilatation congénitale, 843.
CONGÉLATIONS. Traitement par l'hyperémie artificielle, 450.
CORPS étrangers de l'œsophage. Extraction par l'œsophagoscopie, 272.
COUDE (Luxation ancienne du), 559.
COXALGIE Traitement, 631.
DILATATION stomacale post-opératoire, 740.
EPIPLOON (Torsion intra-abdominale du grand), avec épiplocèle inguinale, 196. — (Grand). Torsion, 232.
EPITHÉLIOMA adamantin, 345.
ESTOMAC (Cancer de l'). Intervention chirurgicale, 379. — biloculaire, 524. — Affections non malignes. Opérations, 704.
ETATS hémorragipares (Injections de sérum frais dans les), 381.
FACE. Cancers ulcérés, dangers du traitement rœntgenthérapique, 380.
FÉMUR. Fractures. Traitement, 411 et 412. — Résection de vingt centimètres avec rétablissement des fonctions, 412.
FIÈVRE typhoïde (Interventions au cours de la), 89.
FISTULES ano-rectales. Traitement opératoire, 560.
FOIE (Chirurgie du), 843, 237. — et voies biliaires. Tumeurs malignes, 631.
FRACTURES. Traitement actuel, 73, 109. — bimalléolaires. Pronostic et traitement, 13. — Massage et mouvement, 485.
GANGLIONS iléo-cæcaux (Tuberculose des), 447.
GASTRO-entérostomie. Technique, 415.
GENOU (Articulation du). Insufflation d'oxygène 310. — Luxation par rotation. Traitement, 413. — Luxations récidivantes des cartilages semi-lunaires du genou, 809. — (Traumatismes du). Arthrotomie, 810.
GENU valgum des adolescents, 593.
GLANDE mammaire. Involution anormale. Traitement, 379. — mammaire. Résection plastique, 631.
GOITRE lingual en dégénérescence épithéliomateuse, 90. — Opération avec anesthésie locale, 524.
GREFFES épidermiques. Lambeaux fenêtres, 451.
HANCHE. Coxotuberculose grave suppurée. Résection, 14. — Luxations congénitales, 740. — Luxation congénitale. Arthrotomie, 13. — Résection, 309.
HÉMOPHILES (Hémostase chez les), 380.

HÉMORRAGIES post-traumatiques. Injections de sérum, 451.
HÉMORROÏDES douloureuses (Suppositoires contre), 416. — (Pommade contre), 486, 668, — (Traitement par les courants de haute fréquence), 743.
HÉPATICO, duodénostomie, 89.
HERNIES étranglées. Lavage d'estomac préparatoire, 270. — inguinale. Traitement opératoire par cure radicale, 289.
HYPERÉMIE de Bier (Traitement par), 558.
ILÉUS, 379. — (Atropine dans l'), 666. — Opération par calcul biliaire, 415.
INFECTIONS locales. Traitement, 451.
INTESTIN grêle. Sarcomes primitifs. Traitement, 160.
JAMBE. Fractures obliques. Traitement, 344.
LAPAROTOMIES (Acide nucléinique dans les), 665.
LANGUE. Fibromes. Traitement, 776.
LÉSIONS infectieuses. Traitement de Bier, 667.
LIGATURE non absorbable en chirurgie pelvienne, 53.
LITHIASE biliaire. Intervention chirurgicale, 272.
LUXATIONS sous-astragaliennes, 809.
MASSAGE dans le traitement consécutif des opérations abdominales, 524. — et hyperémie veineuse provoquée, 705.
MAXILLAIRE inférieur. Abcès fistulé, 14.
MENTON (Fistules du). Traitement, 630.
MÉSENTÈRE. Tumeur solide. Ablation, 743.
MÉTATARSE (Luxation du), 309.
NARCOSE (Influence des injections chlorurées sodiques sur l'action du chloroforme pendant et après la), 593.
OCCLUSION intestinale incomplète. Traitement. 483.
ŒSOPHAGE. Corps étrangers. Traitement, 776. — Rétrécissements infranchissables, 842. — Rétrécissement infranchissable. Œsophago-jéjuno-gastrostomose, 126.
OS. Fêlures et tassements, 344.
OSSEUSES et articulaires (Gymnastique et massage dans le traitement des affections), 158.
OSTÉOMYÉLITE aiguë. Traitement, 809.
PANCRÉATITES, 308. — hémorragique et pancréatite suppurée, 308.
PARALYSIES (Transplantations nerveuses, musculaires et tendineuses dans le traitement des), 740.
PÉRITONITE aiguë appendiculaire. Traitement, 159. — généralisée. Traitement, 483. — suppurative diffuse. Traitement, 271. — tuberculeuse. Héliothérapie, 128. — tuberculeuse. Traitement, 775.
PHARYNGECTOMIE pour cancer, 90.
PHLEGMONS et infections post-opératoires. Ichthyol, 54. — Traitement abortif, 158.
PLAIES. (Baume du Pérou dans le traitement), 485. — de l'abdomen par armes à feu. Traitement, 594.
PNEUMOGASTRIQUE. Lésions chirurgicales, 558.
POIGNET. Traumatismes, 559.
PONCTION lombaire, 91.
POUMON (Chirurgie du), 413. — Décortication, 217. — Plaies avec hémorragie grave. Traitement, 450. — (Plaies du). Traitement, 482. 523. — Plaies multiples par coups de feu, 308.
PROSTATECTOMIE transvésicale, 196.
PROCTITE purulente et ulcéreuse. Traitement, 666.
RATE (Plaie de la). Splénectomie, 89.
RECTITE purulente. Traitement, 704.
RECTUM. Plaies pénétrantes, 127. — (Prolapsus du). Traitement, 448. — Prolapsus énorme, 307.
ROTULE (Appareil pour certaines fractures de la), 800. — Fractures, 309.
SCOLIOSES statiques et rachitiques. Traitement, 668.
SEIN (Cancer du), 703. — (Cancers du). Castration, 742. — (Cancer du). Radiothérapie, 380.
SHOCK post-opératoire, 234. — résultant de l'anesthésie, 197. — Traitement, 486.
SPLÉNECTOMIE Indications, 271.
SUPPURATIONS de la fosse iliaque interne. Drainage, 484. — rétro-péritonéales d'origine appendiculaire. Traitement, 270.
SUTURES métalliques. Action antiseptique, 197.
TARSALGIE ou pied plat douloureux. Traitement, 841.
TÉNOSITE achilléenne, 594.
TRANSPLANTATION de la cuisse d'un chien sur un autre chien, 484.
TRAUMATISMES articulaires. Ostéomes consécutifs, 128. — et appendicite, 448.
TUBERCULOSES chirurgicales. Emploi du gaïacol en applications locales, 843. — chirurgicales. Traitement à l'altitude, 741. — externes. Conduite à tenir, 613. — externes. Traitement général, 273. — iléo-cæcale. Traitement, 483. — osseuse. Traitement, 485. — osseuse et articulaire. Traitement, 345. — ostéo-articulaire. Traitement, 232. — péritonéale congénitale. Traitement, 665. — recto-sigmoïdienne. Traitement, 843. — sèches ou fongueuses. Traitement, 649.
TUMEURS inopérables. Hyperémie artificielle, 844. — malignes (Effluves et étincelles de haute fréquence dans le traitement des), 757. — malignes. Radiothérapie. Indications, 811. — malignes. Traitement combiné, 742.
ULCÈRE duodénal. Traitement, 161, 448. — gastrique perforé. Opération, 127. — variqueux.

— (Extirpation de la saphène interne dans l'), 744.
USAGES chirurgicaux. Solution de cyanure de mercure, 777.
VAISSEAUX (Suture des), pour la transplantation d'organes entiers, 378.
VARICES de l'extrémité inférieure. Traitement, 705. — et ulcères variqueux. Traitement, 88.
VERTÈBRES. Fractures et luxations. Traitement, 484.
VOIES biliaires (Chirurgie des), 560. — (Kystes hydatiques ouverts dans les), 15.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

ACHYLIE gastrique, 162. — pancréatique fonctionnelle, 236.
ADÉNOÏDITE hypertrophique et entérite, 167.
ADHÉRENCES gastriques et pyloriques. Traitement, 275.
AFFECTIONS stomacales (Influence du tabac, du café ou du thé sur les), 416.
ALIMENTATION rectale, 198. — végétarienne, 168. — rectale, 311.
ANOREXIE. Traitement, 16.
APPENDICITE aiguë (Drainage dans le traitement de l'), 527. — Traitement médical, 129. — Traitement interne, 129.
ARTÉRIOSCLÉROSE gastrique, 706.
ASCARIDES. Traitement, 199.
BILE (Action de la) sur l'intestin, 707.
BOISSON chaude (Choix d'une) en thérapeutique stomacale, 163.
CACHETS digestifs, 163.
CALCULS biliaires. Traitement dans la vésicule et le canal cystique, 417.
CHOLANGITE catarrhale (Formule efficace dans la), 598.
CHOLÉLITHIASE. Traitement interne et chirurgical, 93.
CIRRHOSE hépatique. Cure de raisin, 200, 598. — hépatiques. Traitement, 54. — hypertrophique biliaire très améliorée à la suite d'une émission de sang, 93. — latente du foie. Effets nocifs du chloroforme, 237.
COLIQUE hépatique, 55.
COLITE aiguë et colite ulcéreuse. Traitement, 487. — muqueuse. Traitement, 526.
CONSTIPATION atonique (Contre la), 418. — et hypothyroïdie, 488. — guérie par les lavages fictifs de l'estomac, 595. — (Injections hypodermiques contre la), 93. — Traitement par la suppression de la viande, 745.
CONTRACTIONS intestinales sous l'influence des injections de physostigmine, 846.
COPROSTASE et appendicite, 847.
DÉSINFECTION intestinale. Emploi des ferments, 164.
DIARRHÉE cholériforme (Contre la), 709. — chronique. Traitement, 347. — (Potion contre la), 167, 199. — due aux ulcérations tuberculeuses de l'intestin, 347.
DILATATION aiguë de l'estomac. Traitement, 274. — atonique de l'estomac. Traitement électrique, 525.
DYSENTERIE à évolution lente. Sérum antidysentérique, 130. — bacillaire. Traitement par la sérothérapie, 332. — chronique. Traitement par l'ipéca et les lavements iodoformés, 19. — (Lavements créosotés contre la), 526.
DYSPEPSIES duodénales, 372. — (Eau de mer en ingestion dans les), 487. — infantiles. (Emploi de la bile desséchée dans les), 373. — neurasthéniques. Traitement, 274. — tardive du lait, 310. — Traitement électrique, 560.
EMPOISONNEMENT collectif par des caillebottes, 347. — par l'acide phénique. Lavage de l'estomac, 235.
ENTÉRITE muco-membraneuse guérie pendant un incendie, 707.
ENTÉROCOLITE. (Pilules contre les douleurs de l'), 418. — et entéronovrose muco-membraneuses, 18. — muco-membraneuse, 166. — muco-membraneuse. Traitement, 165.
ENTEROPTOSE (Compression des cas graves d'), 199. — Formes graves. Traitement, 92.
EROSIONS stomacales. Traitement, 486.
ESTOMAC (Affections de l'). Cure de sous-nitrate de bismuth, 812. — (Lavage de l'). 744. — Ulcère. Thérapeutique, 562.
FERMENTATIONS digestives anormales. Médication, 562.
FISSURE anale (Contre la), 237.
FLATULENCE. Traitement, 707.
FOIE. Abcès. Traitement, 237. — (Fonctions du). Traitement, 745.
FRUITARISME et physiologie alimentaire, 488.
GASTRITE phlegmoneuse. Traitement, 234.
GASTRO-ENTÉRITE. Injections sous-cutanées, 633.
GASTRO-ENTÉROSTOMIE au cours de l'ulcère de l'estomac. Suites, 633.
GASTRO-INTESTINALES (Affections). Emploi du zymphène, 164.
GASTROMYXORRHÉE, 561.
GASTROPATHIES. Emploi du menthol, 17. — et entéropathies. Sous-nitrate de bismuth, 564.
GASTROPTOSE (Galvanisation du pneumogastrique contre la), 595. — Traitement, 311.
HÉMATÉMÈSE. Traitement, 845.
HÉMORRAGIES gastriques et intestinales. Traitement, 93. — stomacales et intestinales. Gélatine de Cohn, 312.

HYPERACIDITÉ nerveuse. Traitement diététique, 162.
HYPERCHLORHYDRIE, 418. — Régime, 844.
HYPOSTHÉNIE gastrique. Médication stimulante, 310.
INTESTINS. (Hygiène des), 19.
JAUNISSE et purgatifs, 488.
JÉJUNUM (Ulcère peptique du), 846.
LAVEMENTS de crème et de pancréatine, 489. — nutritif, 633.
LAXATIF, 418. — (Hibiscus Sabdiriffa comme), 490.
LITHIASE biliaire. Accidents vésiculaires, 275. — biliaire chez le vieillard, 347. — biliaire. Ictère grave, 199, 276. — Traitement, 527. — intestinale. Traitement par la limonade phosphorique, 526.
MAL DE MER, 164. — d'imagination, 525, 526. — (Eau bromoformée contre le), 129. — Stase de Bier dans le), 198.
MASSAGE de l'estomac et de l'intestin préalablement rempli d'acide carbonique, 164.
MATIÈRES (Embacle des). Traitement, 708.
MÉTÉORISME (L'opium produit-il du), 597.
ŒSOPHAGE. Rétrécissements infranchissables non cancéreux. Traitement, 236. — Spasme. Traitement, 845.
PANSEMENT au bismuth dans les affections gastriques, 813.
PÉRITONITE aiguë généralisée. Traitement, 598.
PÉRITYPHLITE aiguë. Opium est-il utile ou nuisible, 597.
PILULES purgatives à base de graisse de mouton, 237.
PURGATIFS et lavements (Accidents causés, par), 708. — salins. Mode d'action, 276.
PYLORE. Hypertrophie chez l'adulte. Traitement par l'opium, 416. — Rétrécissements cicatriciels. Traitement par les injections sous-cutanées de thiosinamine, 235.
RECTUM (Cancer du). Opération, 596.
RÉTENTION biliaire par coudure du cholédoque, 56.
SÉCRÉTION gastrique. Acidité. Action du régime végétarien, 563. — gastrique (Action des métaux en poudre sur la), 632. — gastrique et sécrétion rénale. Rapports, 563. — gastrique (Excitation mécanique produite par les aliments sur la), 632. — pancréatique. Influence de l'alimentation, 489. — pancréatique. Influence de quelques substances, 489.
SÉRUM antidysentérique polyvalent, 693.
SIGMOÏDITE. Traitement, 745.
SONDE stomacale, 163.
SPASME colique. Cure à Chatel-Guyon, 92.
SPRUE par ingestion de fraises. Traitement, 130.
SUC gastrique (Acide chlorhydrique du). Rôle de l'eau de mer isotonique sur l'), 346).
TABÈS (Contre les crises gastriques du), 708.
TACHYPHAGIE et ataraxie digestive, 162.
TORSION du grand épiploon, 596.
TUBE stomacal. Usage et abus, 17.
ULCÉRATIONS gastriques. Traitement médical, 273.
ULCÈRE de l'estomac. Traitement chirurgical, 814. — rond. Traitement, 595. — rond de l'estomac. Traitement par la gélatine et le régime alimentaire liquide, 813.
VIN au point de vue de l'hygiène alimentaire, 525.
VOMISSEMENTS acétonémiques. Parenté avec l'entérocolite, 18. — incoercibles, 489. — (Levure de bière contre), 562.

Appareil pulmonaire. Cœur et vaisseaux.

ANÉVRISMES (Sérum gélatiné dans le traitement des), 57. — de l'aorte (Manifestations pleurétiques des), 348.
ANGINE de poitrine. Traitement par les bains de lumière électrique, 710.
ANTIASTHMATIQUE employé en inhalation, 600.
ANTISUDORAL chez les phtisiques. — Emploi de l'essence de sauge, 201.
AORTITES abdominales. Traitement, 490. — iguës. Traitement, 453.
ARTÉRIO-SCLÉREUSE. Sudation. Effet, 564.
ARTÉRIO-SCLÉROSE. Traitement, 94, 349, 669, 817. — Traitement opératoire de la gangrène consécutive, 278. — Abdominale. Traitement, 490. — Généralisée. Traitement, 670.
ASTHME (Accès d'). Traitement, 313. — Emploi de la morphine, 528.
ASYSTOLIE. — Traitement par l'injection intraveineuse de strophantine, 769.
BRONCHES (Dilatation des). Traitement, 20.
BRONCHECTASIE. Emploi du tannin, 312.
BRONCHITE chronique. Traitement par les rayons de Röntgen, 313.
CARDIAQUES (Affections). Sont-elles une contre-indication à la cure de Vichy ? 419. — Traitement, 599.
CARDIOPATHIES. Action de la théocine, 710. — Chroniques. Traitement par l'air et la lumière, 22.
CHIRURGIE pleuro-pulmonaire. — Perfectionnements techniques, 747.
CIRCULATION. Troubles. Electrothérapie, 22.
CŒUR. Dilatation. Traitement, 848. — Et vaisseaux (Action du chloral, du dormiol, de l'hidonal et de l'isopral sur le), 382. — Er-

reurs thérapeutiques sur les maladies du), 670. — (Maladies du). Traitement, 747.
COLLAPSUS cardiaque. Action de l'extrait de capsule surrénale, 748.
CORYZA des foins. Traitement, 482.
DÉGÉNÉRESCENCE myocardiaque. Traitement, 419.
DIABÈTE (Cœur dans ses rapports avec le), 528. — Complications pulmonaires, 528.
DIGITALE. Administration prolongée, 635.
DILATATION cardiaque aiguë. Traitement, 201.
EMPHYSÈME pulmonaire. Traitement, 527. — Pulmonaire. Traitement, 709.
EMPYÈME. Traitement, 168.
FIÈVRE des foins. Traitement, 382.
GANGRÈNE artério-scléreuse (Hyperémie active dans le traitement de la), 350.
HÉMOPHILIQUES. Hémostase par les sérums, 238.
HÉMOPLASE chez les tuberculeux, 168.
HÉMOPTYSIE. Pression sanguine comme guide dans le traitement, 669. — Traitement, 200, 452, 599. — Grave traitée par le sac de glace, 528.
HÉMORRAGIES internes. Traitement, 452.
HÉMORROÏDES (Thérapeutique des), 348. — Traitement par les courants de haute fréquence, 132.
HÉMOSTATIQUE (Lait comme), 238.
HYDROPISIE d'origine cardiaque. — Saignées locales, 237.
HYPERTENSION. Action de la haute fréquence, 340. — Vasculaire. — Action des médicaments, 169, 203.
HYPERTROPHIE du cœur. Traitement, 634.
INFLUENZA. Complications cardiaques, 57. — (Complications respiratoires de l'), 56.
INJECTIONS intra-veineuses. — Dosage de la digalène, 419.
INSUFFISANCE tricuspidienne, 145. — Tricuspidienne. Traitement, 453.
MALADIE mitrale à la période de décompensation. Traitement, 132.
MÉDICAMENTS cardiaques (Différence entre les effets de quelques), 314. — Cardio-vasculaires, 169.
MÉDICATION hypotensive, 153.
MYOCARDE (Traitement de l'anesthésie du) par les courants électriques, 22
NÉVROSES cardiaques. Traitement, 565.
PÉRICARDE. (Adhérences du). Traitement, 94.
PÉRICARDITE rhumatismale. Traitement, 816.
PHLEGMATIA alba dolens, 277.
PHTISIE diabétique. Traitement. 201.
PHTISIQUES (fièvre des). Traitement par les antithermiques, 382.
PLEURÉSIES, 848. — aiguë. Traitement, 130. — Avec épanchement. Traitement, 131. — Traitement, 816.
PNEUMONIE. Traitement, 20. — Traitement actif, 709. — aiguë. Traitement à l'air libre, 633.
POUMON. Kystes. Traitement chirurgical, 747. — Traitement hyperémique par le masque à aspiration, 418.
PRÉSCLÉROSE. Traitement, 78.
PRESSION artérielle et courants de haute fréquence, 848.
RÉGIME dans les maladies du cœur, 202.
REMÈDE cardiaque. Acocanthera Schimperi, 21.
SCAPHANDRIERS (Maladie des), 491.
SÉRUM antituberculeux de Marmorek, 815.
TACHYCARDIE. Traitement, 313.
TENSION artérielle. Action de la cure de Vichy 58.
THORACENTÈSE. Accidents consécutifs. — Pneumo-thorax, 56.
TUBERCULEUX pulmonaire. — Cure de terrain, 710. — (Régime des), 815.
TUBERCULOSE. Administration des albuminoïdes, 746. — (Atoxyl dans la), 373. — (Eau de mer en injection dans la), 248. — (Influence de l'alimentation sur la), 668. — Traitement basé sur le pouvoir antitoxique du foie, 806. — Traitement, dans les établissements hospitaliers, 746. — Pulmonaire. Injections hypodermiques, 277. — Pulmonaire. Médicaments utiles, 847. — Pulmonaire. (Suc gastrique naturel du chien dans le traitement de la), 668. — Pulmonaire. Thérapeutique intra-trachéale, 5.
VALVULAIRES (Affections). Prophylaxie, 634.
VICHY (Cure de). Les affections cardiaques sont-elles une contre-indication formelle, 58.

Maladies du système nerveux.

AFFECTIONS nerveuses. Traitement mécanique 204.
ATAXIE locomotrice. Traitement par la fibrolysine, 492.
CHORÉE traitée par le valérianate d'ammoniaque, 454.
COCCYGODYNIE traitée et guérie par des injections d'alcool à 60°, 520.
CONVULSIONS éclamptiques. Traitement par la ponction lombaire, 602.
COQUELUCHE. Influence de la vaccination, 698. — Traitement, 300, 736.
CRAMPE des écrivains. Traitement, 601.
DELIRIUM TREMENS. Traitement, 134. — Traitement, 421.
EMOTION (Maladies de l'). — Principes du traitement, 203.
EPILEPSIE. Emploi de l'épileptol, 350. — Trai-

tement, 777. — Traitement par la solanine, 133.
GLYCOSURIE (Symptômes nerveux associés à la), 530.
HYPNOTISME. Etat actuel de la question, 672.
HYSTÉRIE (Education inhibitoire comme méthode infaillible de guérisons des crises d'), 529. — Traitement, 577.
INJECTIONS sous-cutanées d'air contre certaines manifestations douloureuses, 817.
INSOMNIE. — Traitement, 421.
MÉNINGITE cérébro-spinale. Traitement, 492. — épidémique. Traitement par la stase de Bier et la ponction lombaire, 316.
MENTALES (maladies). (Trinitrine dans deux cas de), 491.
MORPHINOMANIE. Traitement, 171.
MYASTHÉNIE bulbo-spinale, 23.
NERFS (Alcoolisation des) faite dans un but thérapeutique, 601. — radial (Névrome du). Traitement, 711.
NERVEUSES (affections). (Bromure de castoreum dans le traitement des), 672.
NERVOSISME hyperthyroïdien, 602.
NEURASTHÉNIE (Hydrothérapie et électricité dans le traitement), 748. — Thérapeutique, 474. — Des tropiques. — Traitement, 350.
NÉVRALGIES et électrothérapie, 600. — Faciale grave. Traitement chirurgical, 748. — Faciale (Neurorrhexie et chromolyse dans la), 711. — Névrites et douleurs reflexes. — Emploi de l'adrénaline, 454. — Traitement, 279. — Faciale et radiothérapie, 315. — Faciale rebelle. Traitement opératoire, 133. — Neurasthéniques. Traitement, 748.
NÉVRITES et névralgies. Injections d'alcool, 671. — Multiple. Traitement, 170
PARALYSIE. Traitement, 315. — Générale. (Action de l'atoxyl dans la), 736.
PONCTION lombaire. Valeur thérapeutique, 749.
REPAS fictifs chez une jeune fille adulte, 818.
SCIATIQUE, 602. — Traitement, 204. — Traitement par les injections à haute pression, 7 8. — Traitement par les injections salines, 420.
SHOCK physique. Traitement, 239.
TABES (Crises gastriques d'origine morphinique dans le), 171. — Hydrothérapie, 23. — Dorsal. Traitement par les agents physiques, 238.
TABÉTIQUES atteints de manifestations syphiliques tardives. Opportunité du traitement spécifique, 24.
TALALGIE. Traitement par les courants de haute fréquence, 351, 420.
TIC douloureux de la face. Ionisation salicylée, 316. — Douloureux de la face, sciatique et névralgies du zona. Traitement, 278. — Douloureux traité par l'injection d'acide osmique, 530. — Douloureux de la face. Traitement, 672.

Maladies d larynx, des oreilles et du nez.

AMYGDALES. Indications de leur ablation, 780. — palatines (Emploi de l'anse froide pour l'ablation des), 96.
ANESTHÉSIE des incisives et des canines supérieures par voie nasale, 673.
ASTHME. Traitement et étiologie nasale, 95.
AUDITION et vision. Troubles modifiés par un traitement gastrique, 301.
BOURDONNEMENTS d'oreille. Traitement, 750.
CLOISON. Déviations. Résection sous-muqueuse, 421. — Nasale. (Résection sous-muqueuse de la), 531.
CONDUIT auditif extrême. — Corps étranger. — Extraction, 751.
CORPS étranger de la bronche. — Extraction par trachéotomie, 454.
ENTÉRITE réflexe d'origine nasale, 566.
EPISTAXIS. Traitement par le froid, 712.
EVIDEMENT rétro-mastoïdien, 24.
EXAMENS directs des voies respiratoires. — (Anesthésie dans les), 672.
FIÈVRE des foins, 423. — Traitement, 636.
FISTULES alvéolaires du sinus maxillaire. — Cure, 674.
GOITRE. Traitement chirurgical, 636.
GORGE. Etats infectieux. — Traitement, 205.
HÉMORRAGIES après de légères opérations sur la gorge, 25.
INFLUENZA du nez et de la gorge. Traitement, 58.
INHALATIONS dans le traitement des affections laryngées et pulmonaires, 26.
INSUFFISANCE vélopalatine. Traitement chirurgical, 779.
LABYRYNTHITE blennorragique aiguë double, 456.
LARYNGITES aiguës de l'enfance, 281. — tuberculeuse. Traitement, 455.
LARYNX. Cancer. Traitement, 206. — (Sténoses du). — (Laryngostomie dans le traitement des), 713. — (Tuberculose du). — Traitement, 383.
LUPUS du larynx traité avec succès par l'application externe des rayons X, 635.
MÉNINGISME, 280.
MENSTRUATION (Troubles de la) et maladies du rhino-pharynx, 492.
MUCOCÈLE ethmoïdale, 532.

NASO-PHARYNX. (Sarcome du). — Traitement par les injections d'adrénaline, 533.
NEZ (Polypes du). Nature et traitement, 712.
NOMA. Traitement, 455.
OREILLE. Emploi de l'électricité, 352. — (Lobule de l'). Kyste dermoïde, 384.
OTIATRIE. Acide lactique, 59.
OTITE moyenne aiguë, 780. — Moyennes aiguës. Traitement, 240. — Moyenne purulente chronique, 533, 750. — Moyennes purulentes. Traitement, 206. — Moyenne suppurée. Traitement, 455. — Scléreuse. Traitement par la thiosinamine. 96. — Moyenne suppurative. Traitement, 280.
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. (Emploi de la staphylase et de sérum antistaphylococcique en), 749.
OZÈNE. Guérison, 95. — Injections de paraffine solide, 134.
PARALYSIES diphtériques, Traitement par le sérum de Roux, 424.
PAVILLON et région auriculaire. — Eczéma chronique. Traitement, 352.
PHARYNX. Epithéliomes, 240.
RÉTRÉCISSEMENTS laryngés consécutifs au tubage et à la trachéotomie, 818.
RHINITE atrophique. Traitement, 762.
SINUSITE frontale chronique. — Opération, 136. — Frontale chronique. Traitement, 635. — Frontale sèche, 281. — Maxillaire. Traitement, 532.
STÉNOSE sous-glottique traitée par l'électrolyse, 384.
SUPPURATIONS de l'attique. Traitement, 135. — De l'oreille moyenne. Traitement, 351.
SURDITÉ et thiosinamine, 565.
TROMBOPHLÉBITE du sinus latéral d'origine otique. Traitement, 494.
TOUX d'origne nasale, 780.
TROUBLES auditifs (Influence exercée par les affections dyspeptiques sur les), 340.
TUBERCULOSE du nez, de la gorge et du larynx. Traitement, 674. — Laryngée. Prophylaxie et traitement, 493. — Laryngée. Repos vocal complet, 493. — Laryngée. Traitement, 636. — Laryngée. Traitement par le sérum de Marmorek, 423.

Ophtalmologie.

AFFECTIONS internes de l'œil. Emploi de la thiosinamine, 820.
ALYPINE, 241.
ANESTHÉSIE en chirurgie oculaire, 242.
ANESTHÉSIQUE oculaire nouveau, 353.
BIER (Méthode de) en oculistique, 241.
CATARACTE. Traitement, 456.
CONJONCTIVITE purulente. Traitement, 261. — Traitement par le chlorate de potasse, 353.
CORNÉE (Effets sur les ulcères de la). Rayons bleu violets de l'arc voltaïque, 27.
DIONINE en oculistique, 241.
ENUCLÉATION avec anesthésie locale, 26.
EUMYDRINE en oculistique, 241.
GLAUCOME (Iridectomie dans le), 820.
LARMOIEMENT, 675.
MERCURIEL. Traitement en oculistique, 241.
NERF optique (Affections du) d'origine syphilitique. Traitement par l'atoxyl, 675.
NÉVRITE optique. Post-scarlatinense. Traitement, 353.
OEIL. Affections tuberculeuses. Tulase de Behring, 849. — humain. Action de l'eumydrine, 28.
PAUPIÈRES (Xanthélasma des). Traitement, 27.
SÉRUMS et métaux. Ferments en thérapeutique oculaire, 433.
SUPPURATIONS oculaires. Sérothérapie, 242.
SYNDROME oculaire d'origine dysthyroïdienne, 676.
TATOUAGE (Méthode pour déterminer le résultat optique du), 353.
THÉRAPEUTIQUE oculaire (Alipine en), 353.
TRACHOME. Traitement par le radium, 457.
TUBERCULINE de Koch, 850.
TUBERCULOSES oculaires. Traitement par la tuberculine T. R., 37, 849.

Maladies vénériennes. Maladies de la peau.

ACNÉ. Radiothérapie, 677. — Traitement interne, 243. — vulgaire. Traitement, 781.
AFFECTIONS parasyphilitiques. Traitement antisyphilitique, 781.
ASPIRATION nasale (Traitement mercuriel par), 781.
ATOXYL (Médication par l'). Danger, 494.
BRÛLURES par la chaux (Acide citrique dans le traitement des), 603. — traitées par des greffes de Thiersch-Ollier, 850. — Traitement, 603.
BUBONS et furonculose. Acide phénique concentré dans le traitement, 29. — Traitement 676. — Traitement par les rayons X, 535.
CANCER et lupus. Radium employé comme traitement, 821. — Guérison par la lumière solaire, 318.
CHANCRE induré (Ablation du), 821.
CUTANÉES (Affections). Acide phénique, 637.
DERMATOLOGIE (Erreurs de traitement en), 822. — Traitement, 678.

DERMATOSES et déformations de la face (Traitement de certaines), 403. — Indications du régime végétarien, 637.
DIABÈTE (Maladies de la peau associées au), 567.
ECZÉMA chronique et radiothérapie, 604.
EPITHÉLIOMA. Traitement par les ions zincs, 317. — cutané. Radiothérapie, 29. — cutanés. Traitement, 208.
FACE (Cancers ulcérés et très étendus de la). Traitement rœntgenthérapeutique intensif, 678.
GOMMES syphilitiques. Traitement, 209.
HUILE grise. Emploi, 242.
HYPERTRICHOSE. Traitements, 97. — Traitement, 207.
ICHTYOSE. Traitement, 822.
INJECTIONS mercurielles intra-musculaires, 677.
LANGUE. Leucokératose. Traitement, 208.
LEUCOPLASIE linguale. Traitement mercuriel, 426. — Linguale, non syphilitique. Traitement radiothérapique, 208.
LICHEN plat. Traitement, 29.
LUPUS érythémateux Traitement, 317. — Tuberculeux. Traitement, 425. — Tuberculeux. Traitement local, 567. — vulgaire. Nouvelles méthodes de traitement, 425. — vulgaire. Traitement, 638, 782. — vulgaire. Traitement par l'électricité statique, 851.
MÉLANOMES et radiothérapie, 821.
NÆVI vasculaires. Traitement par le radium, 690.
NÉPHRITE syphilitique. Traitement, 495.
ONYCHOMYCOSE. Traitement radiothérapique, 137.
PAGET (Maladie de). Traitement par la radiothérapie, 355.
PARALYSIE générale (Atoxyl dans la), 534. — générale. Traitement spécifique, 354.
PHÉNOMÈNES cutanés. Effets de la ponction lombaire, 98.
PIED (Affections cutanées communes du), 60.
PITYRIASIS rosé de Gibert. Effluvation statique, 637.
PRURIGO d'origine gastrique. Traitement, 829.
PRURITS idiopathiques, 678. — Traitement, 425, 535. — Anal. — Causes, 459.
PSORIASIS, 28. — Traitement, 385, 822.
SPIROCHÈTE pallida (Rapports entre la présence du) et le traitement syphilitique, 780.
SYPHILIS. Accidents tardifs. Traitement, 568. — Acquise. Traitement par l'atoxyl, 638. — (Arsenic dans la), 458. — (Atoxyl dans la), 458. — Chez les cancéreux. Traitement, 244. — Congénitale. Traitement, 495. — Cures mercurielles, 59. — Des voies respiratoires supérieures. Traitement, 60. — Effets de l'atoxyl, 426. — Emploi du bi-bromure de mercure, 443, 638. — Emploi de l'iodure de potassium, 243. — (Frictions mercurielles dans la), 676. — Héréditaire. Traitement chez l'enfant, 385. — Traitement, 534. — Traitement général, 30. — Traitement par l'arsenic, 534. — Traitement par le bibromercurate de sodium, 698. — Traitement par le bibromure d'hydrargyre, 372. — Traitement par les injections d'huile grise, 136. — Traitement précoce, 354.
SYPHILITIQUES traités par l'atoxyl, 781.
SYSTÈME nerveux. Troubles d'origine syphilitique; 677.
TEIGNES. Traitement par la radiothérapie, 207. — tondantes, 424.
TRAITEMENTS « en retard », 793.
TRICHORREXIS nodosa. Guérison, 637.
TUBERCULOSE pulmonaire chez un syphilitique, 427.
ULCÈRES anatomiques et phagédéniques des membres. Traitement, 137.
VASOMOTEURS de la peau. Action de l'électricité statique, 851.
VERRUES. Traitement par l'ion magnésium, 208.

Maladies des voies urinaires.

ABCÈS rénal avec septicémie. Néphrectomie, 604.
ACÉTONURIE. Traitement, 569.
ALBUMINURIES (Action du chlorure de calcium dans les), 806. — intermittentes. Traitement, 67. — d'origine prostatique et vésiculaire, 461. — provoquée par la palpation du rein, 389. — Traitement, 824. — tuberculeuses, 638.
ANURIE nerveuse, 752. — post-opératoire. Traitement par la spartéine, 210.
BACILLURIE tuberculeuse, 299.
BACTÉRIURIE. Traitement, 823.
BAIN CARBO-GAZEUX. Effet diurétique, 67.
BLENNORRAGIE chez l'homme (Importance de la fonction génitale dans le traitement de la), 783. — chez l'homme. Traitement prophylactique, 783. — Guérison spontanée au cours d'une pyrexie aiguë, 678. — Traitement, 387. — Traitement, 605. — Traitement interne, 98. — Traitement local et interne, 427. — Traitement sec, 536. — aiguë (Moyens d'éviter l'épididymite dans le traitement de la), 495.
BRIGHT (Maladie de) chronique. Traitement, 537. — (Maladie de). Traitement, 605.
CALCULS enclavés dans l'uretère (Expulsion des), 497. — prostato-urétral, 62. — vésicaux

chez les prostatiques. Traitement, 172. — vésicaux. Traitement, 210.
CHIRURGIE rénale. Nouvelles conquêtes, 102 176.
COLIQUE néphrétique (Massage bi-manuel du rein contre la), 101. — néphrétique (Sensibilité du testicule à la pression dans la), 537. — néphrétique. Traitement, 175. — spermatique, 429, 639.
CONTUSIONS rénales (Méthode conservatrice dans les), 537.
CYSTITES prostatiques. Traitement, 783. — tuberculeuse et tuberculose rénale, 244.
CYSTOSCOPES. Valeur comparative, 388.
CYTOSPURINE. Valeur clinique, 172.
DIURÉTIQUE (Effet) de la prêle, 570.
ECLAMPSIE (Décortication du rein et néphrotomie dans le traitement de l'), 569.
ECTOPIE testiculaire. Traitement, 715.
EPIDIDYMITE blennorragique. Traitement, 138, 283. — blennorragique chronique guérie par l'épididymotomie, 100. — blennoragique grave. Traitement, 62.
FIBROLYSINE. Application, 98.
GLANDES génitales et rayons X, 428.
GOUTTE testiculaire, 496.
GRAVELLE oxalique. Traitement, 175.
GREFFE uretérale, 536.
HYDROCÈLE. Cure radicale, 496. — Traitement par les injections de glycérine phéniquée, 715.
HYDRO-HÉMATONÉPHROSE calculeuse. Néphrectomie, 140.
HYDRONÉPHROSE intermittente, 460. — péritonéale, 100.
HYPOSPADIAS pénioscrotal. Opération, 138.
INCONTINENCE d'urine liée à l'hypothyroïdie, 605 — d'urine par hyperacidité urinaire, 210. — d'urine. Traitement par la suspension des pieds, 852. — (essentielle). Traitement électrique, 387. — nocturne. Traitement, 66. — nocturne d'urine. Traitement, 282.
INSUFFISANCE rénale. Traitement, 65.
LITHIASE rénale. Traitement chirurgical, 785 et 786. — rénale. Traitement par la glycérine, 753.
MUQUEUSE urétrale (Introduction de substances médicamenteuses dans la), 386.
MYOSITE blennorragique, 783.
NÉPHRITE aiguë. Guérison par la saignée au pied, 139. — aiguë. Traitement, 67. — aiguë et chronique. Traitement, 853. — (Balnéation simple et sudation dans la), 498. — (Choix de l'intervention dans le traitement des), 570. — (Hématuries et coliques néphrétiques au cours de la), 173. — hématuriques. Traitement, 102. — (Hémorragies et troubles de la coagulation du sang dans les), 461. — Irrigations rectales et coliques, 174. — Pathologie et traitement, 246. — Traitement, 174. — Traitement chirurgical, 176.
NÉPHROPEXIE, 784.
OPOTHÉRAPIE rénale par la méthode de Renaut, 785.
ORCHIDOPEXIE par transposition testiculaire intra-scrotale, 784. — Technique opératoire, 62.
ORCHI-ÉPIDIDYMITES blennorragiques. Traitement par l'iothion, 62. — blennorragique aiguë, 388.
ORCHITE traumatique, 460.
PHIMOSIS (Adrénaline pour la réduction du), 386. — avec troubles de la miction, 605. — chez les enfants, 823.
POSITION de l'opéré dans les interventions sur le rein, 460.
PRIAPRISME prolongé. Traitement, 428.
PROSTATE, Abcès, 497. — (Cancer de la), 246. — (Epithéliome adénoïde de la), 173. — Hypertrophie. Traitement, 100, 211. — Hypertrophie. Traitement par les rayons X, 497. — (Hypertrophie de la). Traitement radiothérapique, 139. — (Tuberculose de la), 716.
PROSTATECTOMIE, 247. — dans l'hypertrophie prostatique, 389. — Indications, 752. — périnéale, 101. — sus-pubienne en deux temps, 459. — transpérinéale et transvésicale, 139. — transvésicale, 63. — transvésicale. Hémostase, 63.
PROSTATIQUES. Rétention d'urine chez les prostatiques. Adrénaline, 429.
PROSTATISME à l'âge de trente-deux ans, 211. — faux d'origine alcoolique, 640.
PYÉLITE aiguë et chronique. Traitement, 390.
PYONÉPHROSE tuberculeuse, 460.
REIN (Abcès du) à gonocoque, 853. — gauche. Rupture partielle. Néphrectomie partielle, 460. — (Hypernéphrome du), 101. — (Infarctus septiques unilatéraux du). Traitement, 784. — (Maladie polykystique des), 570. — mobile (Accidents causés par le), 536. — mobile. Pathogénie, 505. — (Rupture sous-cutanée du), 101. — Traumatismes sous-cutanés. Traitement, 852.
RÉTENTION d'urine chez les prostatiques. Traitement par l'adrénaline, 496.
SÉCRÉTION urinaire et station debout, 66.
SEPTICÉMIES gonococciques, 245.
STÉRILISATION instantanée des sondes. (Tubes pour la), 247.
SUPPURATIONS rénales dans la grossesse, 461.
TABES. Troubles urinaires, 680.
TESTICULE ectopique (Adénome vrai dans le),

245. — (Torsion du). 714. — (Tuberculose du). Traitement, 388. — Tumeur, 851 — Tumeurs malignes, 852.
THÉRAPEUTIQUE hydrominérale des reins, 568.
TRAUMATISMES et rétrécissements traumatiques. Réfection de l'urètre périnéal, 99.
TUBERCULOSE rénale et mariage, 461. — testiculaire. Traitement par les rayons X, 245. — vésicale. Traitement, 65.
TUMEUR rénale. Résection de la veine cave, 604.
ULCÉRATIONS hémorragiques de la vessie, 639.
URETÉRO-RECTOSTOMIE, 498.
URETÈRE. Cathétérisme à travers la vessie ouverte, 497. — (Rupture sous-cutanée de l'), 98.
URÈTRE membraneux. (Déchirures de). Traitement, 138. — postérieur. (Propagation du gonocoque à l'), 553. — Rétrécissements chez la femme, 283. — (Rétrécissements congénitaux de l'), 387. — Rétrécissements. Traitement, 714. — Tuberculose hypertrophique et sténosante, 61.
URÉTRITE blennorragique. Traitement par l'iodure d'argent, 172.
URINAIRES (Huile cocainée chez les), 139.
VARICOCÈLE. Cure par le procédé de Parona, 752. — Cure radicale, 62.
VASO-VÉSICULECTOMIE dans les cas de tuberculose génitale, 63.
VESSIE. Angio-sarcomes, 851. — (Diverticule de la), 244. — (Perforation de la), 679. — Tumeurs, 388. — Tumeurs. Indications opératoires, 679.
VOIES urinaires. Tuberculose. Traitement, 64.

Gynécologie et Obstétrique.

ACCOUCHEMENT provoqué. Emploi du sucre associé aux agents mécaniques, 463.
ALEXANDER Adam (Opération d'), 356.
ANNEXES. Tumeurs malignes végétantes. Traitement par la castration abdominale, 31,
APPAREIL génital féminin. Action de l'yohimbine, 789.
APPENDICE. Pourquoi on doit l'enlever dans les opérations gynécologiques, 606.
BLENNORRAGIE chez la femme. Traitement, 318.
CARCINOME utérin inopérable, 644.
COL et corps utérin. Fibromes interstitiels volumineux. Enucléation par la voie vaginale, 31. — (Fibromes du). Hystérectomie, 212.
COLPO-HYSTÉRECTOMIE vagino-abdominale, 643.
DRAINAGE en gynécologie, 642.
DYSMÉNORRHÉE. Traitement, 680.
ECLAMPSIE. Réno-décortication, 464.
FIBROMES utérins (Complications urinaires au cours des), 607. — utérins. Gangrène. Intervention, 140.
FIÈVRE puerpérale. Injections intra-veineuses de collargol, 103.
FISTULE uretéro-vaginale guérie par la sonde uretérale à demeure, 141. — vésico-vaginales hautes. Traitement, 320. — vésico-vaginales traitées par la méthode du dédoublement, 788.
GALACTOGÈNE. Emploi du lactagol, 69.
GREFFE ovarienne, 788.
GROSSESSE ectopique. Traitement, 642. — extra-utérine, 854. — Hématuries, 357.
HÉMATOCÈLE rétro-utérine, 462.
HÉMORRAGIES du post-partum. Traitement par les lavements d'eau ordinaire, 642.
HYMEN (Persistance de l') quelques années après le mariage et après la grossesse, 803.
HYSTÉRECTOMIE abdominale. Mort par intoxication iodoformée, 102.
INFECTION puerpérale, 284. — puerpérale traitée par injections intra-veineuses de collargol, 356.
INFLAMMATIONS pelviennes chez la femme (Traitement médical des), 833.
LEUCORRHÉE. Traitement, 103.
LIGAMENT large. Fibromes. Intervention, 643.
MAMMITE. Traitement par la stase de Bier, 390.
MYOME (Quand doit-on opérer un), 463.
OPÉRATION césarienne, 68. — gynécologiques. Sommeil crépusculaire par la scopolamine et l'anesthésie spinale, 571.
OVAIRE (Kyste de l'). Grossesse, 32. — Kyste énorme. Ablation, 32. — Prolapsus, Traitement, 103.
PÉDICULES annexiels (Torsion chronique et torsion incomplète des), 572.
PERFORATION utérine. Indications thérapeutiques, 787.
PÉRINÉE. (Déchirures récentes du). Suture tardive, 642.
PESSAIRE dans la pratique gynécologique, 571.
PUÉRICULTURE et morphinomanie, 807.
PYOSALPINX. Cinquante laparotomies, 356.
SEIN (Bouts de). Bleu de méthylène comme topique, 789. — (Epithélioma dendritique du), 104.
SPHINCTER vésical. Insuffisance fonctionnelle. — Utilisation plastique de l'utérus, 103.

STÉRILITÉ chez les femmes. Causes et traitements, 606.
URINE. Rétention consécutive à une compression de l'urètre par accumulation de mucus dans le vagin, 320.
UTÉRUS. Cancer. Guérison radicale, 211. — Cancer. Traitement radical, 320. — Curettage. Indications, 462. — (Curettage thérapeutique de l'), 786. — Fibromes sous-péritonéaux à pédicule tordu, 787. — Rétro-déplacements, 681. — Sarcome kystique, 31. — Tumeurs fibreuses. Intervention, 854. — Ventro-suspension, 355.
VAGIN. Cloisonnement, 681.
VENTOUSE en gynécologie, 786.
VESSIE. Corps étrangers chez la femme, 31.

Pédiatrie.

ADÉNOÏDITE, entéro-colite et appendicite chez l'enfant, 177.
AFFECTIONS broncho-pulmonaires non tuberculeuses du premier âge. Action du créosotal, 789.
AFFECTIONS pulmonaires aiguës de l'enfance. Traitement, 716. — valvulaires chroniques chez les enfants. Traitement, 359.
ALIMENTATION artificielle du nourrisson, 855. — des nourrissons. Emploi de la pegnine, 106. — (Lait cru dans l'), 790. — (Petit lait au vin blanc dans l'), 358. — par le procédé de deux chèvres, 717.
ALLAITEMENT au sein, 285.
ANÉMIE à type chlorotique de la première enfance, 141. — de la première enfance, 391. — infantiles, 391. — solaire et chlorose du nourrisson, 141.
ANGIOME de l'urètre chez un enfant, 71.
ANTIPYRINE comme sédatif dans quelques affections de l'enfance, 466.
APPENDICITE chez les enfants. Traitement, 790.
ATREPSIE des nourrissons causée par un mauvais régime, 769.
BARLOW (Maladie de). Traitement, 212.
CATARRHE gastro-intestinal des enfants, 824.
CHOLÉRA infantile. Traitement, 608.
CHORÉE infantile. Traitement, 640.
CONSTIPATION des enfants, 500.
COQUELUCHE. Traitement, 212, 789. — Traitement par l'ichthyol, 718.
CONVULSIONS chez l'enfant. Traitement, 248.
CORPS étrangers des voies aériennes chez l'enfant, 856.
CORYZA du nouveau-né. Emploi de la glycérine, 213.
CYSTITE et pyélite chez l'enfant. Traitement, 393.
DIABÈTE chez les enfants, 607.
DIARRHÉE des enfants en bas âge (Régime dit sec contre la), 392. — des nourrissons. Traitement, 718. — du premier âge. Traitement par les solutions de gélatine, 641. — infantile, 358. — infantiles. Traitement par le sérum antidysentérique, 106.
DYSPEPSIE de l'enfant et composition chimique du lait de la mère, 104. — et toxi-infections digestives des nourrissons. Traitement, 105.
ECZÉMA infantile. Injections d'eau de mer isotonique, 499.
ENFANCE (Protection de l'), 541.
ENFANTS atrophiques. Traitement, 248.
ENTÉRITE glaireuse des enfants, 105.
ENTÉRO-COLITE et appendicite chez les enfants, 464,
ERYTHÈME du siège des nouveaux-nés. Traitement, 214.
GASTRO-ENTÉRITE chez le nourrisson. Traitement par le babeurre, 572 et 573. — infantiles (Alimentation dans les), 105. — (Reprise de l'alimentation après les), 70. — Traitement, 357. — Traitement par le régime sec, 824.
HÉMORRAGIES intestinales des nouveau-nés. Traitement par l'adrénaline, 574.
HÉMORROÏDES. Traitement chez les enfants par le massage, 790.
HOQUET des enfants, 718.
HYDROPISIE chez les enfants. Traitement, 825.
HYPERPYREXIE chez les enfants, 857.
INFANTILISME. — Traitement par l'opothérapie thyroïdienne, 573.
INVAGINATION chez les enfants. Traitement, 70. — intestinale chez les jeunes enfants, 464.
LEUCÉMIE dans l'enfance, 855.
MELÆNA des nouveau-nés, 176. — Gélatine en injection sous-cutanée, 285. — Traitement, 574.
OSTÉO-ARTHRITE tuberculeuse du genou chez les enfants (Troubles de croissance du membre inférieur au cours de l'), 392.
OXYURES (Suppositoires contre les), 718.
PALUDISME chez l'enfant. Traitement, 465.
PHOSPHORÉ (Traitement) dans l'enfance, 393.
PLEURÉSIES purulentes chez l'enfant, 285.
PNEUMONIE aiguë chez l'enfant. Traitement, 465. — Emploi du gaïacol comme antithermique chez les enfants, 717.
PROLAPSUS rectal chez l'enfant. Traitement, 106.
PURGATIF chez un enfant de deux ans, 394. — pour un enfant de quatre à six ans, 394.

PUTRÉFACTION intestinale chez les nourrissons, 573.
PYÉLITE dans l'enfance, 213.
REIN (Sarcomes du) chez l'enfant. Traitement chirurgical, 641.
RHUMATISME aigu chez un enfant de cinq ans, 466.
SCORBUT infantile, 358. — Traitement, 499.
SENSIBILITÉ augmentée à l'égard des médicaments pendant les poussées de croissance, 857.
STÉNOSE pylorique chez le nourrisson, 285.
TRACHÉOTOMISÉS (Difficultés du décanulement chez les enfants), 393.
TUBERCULOSE abdominale chez l'enfant, 856.— dans l'enfance. Traitement, 177.
URTICAIRE symptomatique infantile. Traitement par l'ichthyol, 856.
VOMISSEMENTS consécutifs à l'entérite infantile. Traitement, 500. — cycliques de l'enfance, 358. — des nourrissons, 499.
VOMITIFS chez les enfants, 608.

Pharmacologie.

ACIDE nucléinique dans les laparotomies, 665. — pyroligneux dans l'arthrite déformante, 591. — salicylique dans le traitement du diabète, 304.
ACOCANTHERA Schimperi comme remède cardiaque, 21.
ADRÉNALINE. Action dans l'ostéomalacie, 702. — dans le diabète insipide, 558. — dans les névralgies, névrites et douleurs réflexes, 454. — Emploi dans l'ostéomalacie, 125. — en injections sous-cutanées dans l'ostéomalacie, 343, 774. — pour la réduction du phimosis, 386.
AGENTS physiques, 609. — physiques (Traitement par les), 754.
ALUMINE. Nouvelle préparation, 609.
ALYPINE, 241. — en thérapeutique oculaire, 353.
ARBUTINE, 71.
ARSENIC dans le traitement de la syphilis, 458, 534. — Influence sur l'organisme, 719. — toxique et médicamenteux, 395.
ASPIRINE. Mode d'administration, 826.
ATOXYL. Action dans la paralysie générale, 534, 736. — dans la syphilis, 458. — dans le traitement des affections centrales du nerf optique d'origine syphilitique, 675. — dans le traitement de la pellagre, 663. — dans la tuberculose, 373. — Emploi en thérapeutique, 753. — (Syphilitiques traités par l'), 781.
ATROPINE dans l'iléus, 666.
BELLADONE. Application thérapeutique, 574.
BIBROMERCURATE de sodium, 407. — de sodium dans le traitement de la syphilis, 698.
BIBROMURE d'hydrargyre dans le traitement de la syphilis, 372.
BICARBONATE de soude. Ingestion exagérée. Œdème des membres inférieurs, 682.
BLEU de méthylène, 646.
BOUILLON végétal. Préparation, 323.
BROMURE de castoréum dans le traitement des affections nerveuses, 672.
CAFÉINE. Origine. Indications, 645.
CALOMEL. Gangrène consécutive à l'absorption d'un cachet, 431. — injectable. Nouvelle préparation, 807.
CAMPHRE et éther à dose plus élevée que de coutume, 250.
CANTHARIDATE de potasse. Immunisation par un sérum antitoxique, 826.
CHLORHYDRATE de quinine (Injections de), 408.
CHLORURE de baryum. Influence sur les échanges organiques, 12. — de calcium. Action dans les albuminuries, 806. — de calcium en thérapeutique, 646. — d'éthyle comme anesthésique général, 486.
CHOLESTÉRINE. Emploi contre le tétanos, 194.
CIMICIFUGA racemosa, 683.
COCAINE (Injections de). Action sur les organes abdominaux, 501.
COLCHICINE (Pilules de) contre la goutte, 431.
COLLARGOL en injections intraveineuses dans l'infection puerpérale, 357. — Injections intraveineuses dans la fièvre puerpérale, 103. — (La leucocytose dans les injections intraveineuses de), 753. — (Injections intraveineuses de) dans quelques maladies infectieuses, 771.
CONVALLARIA. Action thérapeutique, 754.
CORPS amorphes (Propriétés pharmaco-dynamiques des), 153.
COURANTS de haute fréquence, 502. — de haute fréquence et électro-magnétisme en thérapeutique, 574.
CRÉOSOTE. Administration, 32.
DIGALÈNE (Dosage de la) en injections intraveineuses, 419. — ou digitale soluble de Cloëtta, 123.
DIONINE ou oculistique, 241.
EAU oxygénée acide (Accident imputable à l'), 369.
ELECTRO-IONISATION transtympanique, 250.
ELECTROLYSE médicamenteuse. Ions et état colloïdal, 292, 325.
EMPOISONNEMENT par les gousses de faux ébéniers, 858.
EPILEPTOL. Emploi dans l'épilepsie, 350.

ETHER méthylglycolique du gaïacol, 719.
ETHYLOFORME. Emploi, 59.
EUMYDRINE. Action sur l'œil humain, 28. — en oculistique, 241.
EVIAN (Cure d'), 178.
EXTRAITS de plantes. Action physiologique, 192.
FER (Médicaments contenant du). Action sur les dents, 286.
FIBROLYSINE dans le traitement de l'ataxie locomotrice, 492.
GAIACOL comme antithermique dans la pneumonie chez les enfants, 717. — en applications locales dans le traitement des tuberculoses chirurgicales, 843.
HAUTE fréquence (Traitement par la), 502.
HÉMATURIES dues au salicylate de soude à doses médicinales, 249.
HIBISCUS Sabdiriffa comme laxatif, 490.
HUILE cocaïnée chez les urinaires, 139. — grise. Formule, 214. — de ricin. Préparation agréable, 250.
HYDRATE de chloral dans la scarlatine, 155.
HYDROTHÉRAPIE. Effets, 644.
HYPOPHYSE. Action thérapeutique, 300. — Effets opothérapiques, 85. — (Extrait d'), 192. — (Extrait d') dans quelques maladies, 500.
ICHTHYOL dans le traitement de l'urticaire symptomatique, 856.
INTOXICATION aiguë par la morphine et l'opium. Emploi ds l'atropine, 500.
IODOPYRINE. Emploi thérapeutique, 32.
IODURE de calcium. Valeur thérapeutique, 754. — de potassium dans le traitement du cancer, 90.
IONISATION salicylée dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, 12.
IONS médicamenteux (Electrolyse des), 719.
IOTHION dans le traitement des orchi-épididymites graves, 62.
KOLA. Préparation idéale, 431.
LACTAGOL comme galactogène, 69.
LAIT fixé, 71.
LÉCITHINE. Action sur l'échange des matières, 230.
LIQUIDES injectables contenant du calomel à haute dose, 838.
LYSOL (Intoxication par le). Contre-poisons, 609.
MASSAGE par l'air, 178. — vibratoire, 214, 609.
MATIÈRES colorantes. Action physiologique, 682.
MÉCANOTHÉRAPIE, 838.
MÉDICATIONS opothérapiques. Utilité de les associer, 408. — phosphatée, 321.
MENTHOL dans les gastropathies, 17.
MERCURE dans la thérapeutique moderne, 395.
MÉTACRÉSOLANYTOL dans le traitement de l'érysipèle, 555.
MONOTAL antiphlogistique et analgésique nouveau, 178.
MÉTHODE plasmothérapique, 684.
NITRATE d'argent comme moyen de se désaccoutumer du tabac, 107.
NOIX de kola fraîche. Supériorité sur la noix de kola desséchée à l'air, 86.
NOVOCAÏNE (De la), 721.
OPIUM dans les maladies aiguës, 429. — (Toxine de l'), 681.
OXYCYANURE de mercure. Incompatibilité, 501.
PEGNINE dans l'alimentation des nourrissons, 106.
PERMANGANATE de potasse dans l'empoisonnement par la morphine, 682.
PHOTOGRAPHIES sur verre, en couleurs, 407.
PHTALÉINE du phénol comme laxatif, 33.
PHYSOSTIGMINE (Contractions intestinales sous l'influence des injections de), 846.
PHYTINATE de quinine comme reconstituant général, 321.
PILULES mercurielles, 826.
PRÊLE. Effets diurétiques, 670.
PROTARGOL (Pommade au). Effets cicatrisants, 322.
PYOCYANASE dans la diphtérie, 808.
PYRAMIDON. Traitement de la fièvre typhoïde, 302.
RADIUM. Action thérapeutique, 827. — (Action exercée sur l'homme par l'émanation du), 645.
RAISINS (Cure de) et jus de raisins frais stérilisé), 107, 322.
RAYONS Röntgen en thérapeutique à petites doses, 858.
SALICYLIQUE (Préparation) nouvelle, 321.
SALLES de bains (Influence de la couleur et de la lumière dans les), 644.
SCLÉROSE ionique, 321.
SCOPOLAMINE (Anesthésie par la). Dangers, 699.
SOLANINE comme médicament utile dans l'épilepsie, 133.
SOLUTIONS colloïdales de métaux. Propriétés, 397. — mercurielles (Titrage des), 698. — métalliques de Bredig, 50.
SOMNOFORME. (Anesthésie par le), 346.
SOUFRE colloïdal, 858.
SPARTÉINE dans le traitement de l'anurie post-opératoire, 210.
STROPHANTINE (Injection intra-veineuse de) dans le traitement de l'asystolie, 769.
STRYCHNINE à hautes doses comme tonique, 683. — et hydrastinine. Actions et emplois, 395. — (Posologie de la), 718.

SUBLIMÉ (Intoxication par le), 286.
SULFATE de magnésie en solution dans l'inflammation, 430.
TANNIGÈNE (le), 858.
TANNIN contre certaines douleurs dentaires, 286. — dans la bronchectasie, 312.
THÉOCINE. Action dans les cardiopathies, 710.
THIOSINAMINE dans quelques affections internes de l'œil, 820. — dans le traitement de l'aponévrose palmaire, 559. — en injections dans les rétrécissements cicatriciels du pylore, 235. — et surdité, 565. — Son emploi, 443.
THYMOL comme anthelminthique, 431.
TOMATE. Composition, 646.
TRINITRINE dans deux cas de maladies mentales, 491.
TRYPSINE dans le traitement des affections malignes, 667. — dans le traitement du cancer, 128.
TUBERCULINE T. R. dans les tuberculoses oculaires, 37.
TULASE de Behring dans les affections tuberculeuses de l'œil, 849.
VALÉRIANATE d'ammoniaque dans le traitement de la chorée, 455.
VISCOLAN (Le), 142.
YOHIMBINE. Action sur l'appareil génital féminin, 789.
ZYMPHÈNE contre les affections gastro-intestinales, 164. — Pouvoir antiseptique, 408.

Variétés et nouvelles.

ABSINTHISME (Lutte contre l'), 611.
ACCIDENTS faux, 575.
ALIMENTATION parisienne, 467.
AMPHITHÉATRE d'anatomie, 324.
AMIS de l'Université de Paris (Conférence de la Société des), 142.
ASSISTANCE par le travail pour les veuves et orphelines de médecins, 431.
ASSOCIATION française d'urologie (11e session), 576. — internationale d'hydrologie, 791. — d'hygiène, 755.
AVANCEMENT des sciences (Association française pour l'), 503.
AVARIE et mariage, 575.
BIBLIOTHÈQUE Charcot, 467.
BUDIN (Mort du professeur), 108.
CHANTEURS (Voix chez les), 503.
CHIRURGIE (Association française de), 539.
CLINIQUE nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, 108.
CONGRÈS, 179 et 468. — de stomatologie, 72 et 215. — français de médecine, 539. — international pour l'assistance des aliénés, 684. — international d'hygiène et de démographie, 34 et 576. — international de médecine (14e), 287. — international de physiothérapie, 396. — périodique de gynécologie, obstétrique et pédiatrie, 34.
CONSULTATION Pierre Budin, 287.
COURS de vacances à la clinique médicale de l'hôpital Laënnec, 611. — pratiques, 502.
CROIX-ROUGE (Don de 5 millions à la), 755.
DIAGNOSTIC bactériologique des maladies infectieuses de la ville de Paris (Laboratoire de), 576.
DISTINCTIONS honorifiques, 72.
EAUX minérales, 610.
ECOLE pratique d'odontologie et de stomatologie, 791.
ENSEIGNEMENT médical libre, 720.
ERREUR pharmaceutique, 108.
EXPOSITION internationale d'hygiène urbaine à Lyon, 360.
FACULTÉ, 755. — de médecine, 251. — Elections, 539. — Election d'un nouveau doyen, 827.
FÊTE de bienfaisance, 143.
FLEURS académiques, 611.
FONDATION Zola à Médan, 720.
GENDARMERIES (Médecins des), 503.
GYNÉCOLOGIE opératoire et chirurgie abdominale, 215.
HANOÏ (Université à), 610.
HOMMAGE à M. Lucas-Championnière, 611.
BEAUJON, 755 et 828.
HOPITAL Boucicaut, 143. — Bretonneau, 34. — Broca, 859. — des Enfants-Malades, 859. — Necker, 827. — de la Pitié, 828. — St-Antoine, 791, 860. — Saint-Louis, 323, 755, 791, 859. — Tenon, 827.
HOPITAUX militaires. Règles de construction et de réparation, 647.
HOTEL-DIEU, 791.
LEGS, 648. — à l'Académie de Médecine, 396. — du Dr Grancher, 684.
MAISON des étudiants, 108.
MER (Ceux qu'il ne faut pas envoyer au bord de la), 755.
NÉCROLOGIE, 108, 215.
NOMINATIONS, 396, 467.
OMNIVORE (Mort d'un forain), 539.
OPHTALMO-RÉACTION tuberculeuse chez les enfants, 539.
RESPONSABILITÉ des médecins, 539, 976.
SALPÊTRIÈRE, 34, 142.
SECRET professionnel, 647.
SPÉCIALITÉS pharmaceutiques, 34.
TAXES d'examen. Modifications, 287.

TEMPÉRATURE du corps humain (Procédé pour prendre la), 360.
THÉRAPEUTIQUE jugée par les chiffres, 720.
TITRES des articles médicaux, 251.
VEUVES (Assistance aux), 503.
VOIES urinaires (Maladies des), 251.
VOYAGES d'études médicales en 1907, 360, 432.

Bibliographie.

AFFECTIONS cardio-vasculaires congénitales d'hérédo-syphilitiques, 612.
ALIMENTATION et digestion, 396.
AMNÉSIE au point de vue séméiologique et médico-légal, 540.
ARTÉRIO-SCLÉROSE. Traitement, 756.
ARTHRITISME, 252. — par suralimentation, 324.
BÉRIBÉRI, 72.
CERVEAU (Abcès du lobe sphéno-temporal du), d'origine otique, 324.
CHIMIE physiologique (Précis de), 756.
CHIRURGIE du champ de bataille, 540. — enseignée par la stéréoscopie, 143. — (Nouveau traité de), 684.
CONTAMINATION intersexuelle. Délai pénal, 432.
DIAGNOSTIC médical et exploration clinique (Précis de), 36.
ENERGIE (Maladies de), 860.
ENFANT (L'), 144.
EVOLUTION et transformisme, 252, 324.
EXAMENS de laboratoire employés en clinique (Précis des), 792.
FOIE et voies biliaires (Chirurgie du), 36.
FORMULAIRE des médicaments nouveaux pour 1907, 180. — des spécialités pharmaceutiques, 468.
GYNÉCOLOGIE clinique et opératoire (Traité de) 144.
HEURES libres (Les). Gaillardises et curiosités historiques des temps passés, 828.
HISTOLOGIE pathologique. Manuel, 288.
HYPÉRÉMIE. Action thérapeutique, 324.
IDÉALISTES (Sur quelques), 828.
IONS et médications ioniques, 252.
MAL de Pott. Traitement à l'usage des praticiens, 648.
MAUVAIS mal, 828.
MÉDICAMENTS nouveaux (Revue), 288.
MÉDICATION sulfurée, 324.
NEURASTHÉNIE. Les vrais et les faux neurasthéniques, 792.
NÉVROSES et psycho-névroses, 611.
OBÉSITÉ. Traitement, 35.
OPHTALMOLOGIE (Précis d'), 216.
PHARMACOLOGIE et matière médicale (Précis de), 360.
QUESNAY (Dr), 35.
SCÈNES médicales, 432.
THÉRAPEUTIQUE oculaire (Leçons de), 179.
TORTICOLIS spasmodiques (Traité des), 216.
TUBE digestif (Maladie du). Manuel, 503.
TUBERCULOSE. Prophylaxie, 324.
VENINS. Animaux venimeux et sérothérapie antivenimeuse, 612.
VOIX. Culture physiologique, 324.

Dupasquier, 517.
Dupeyrac, 132, 628
Dupuy, 247, 556.
Durey, 705.
Duval, 89, 450.
Duvergey, 460.

E

Edfort La Fetra, 499.
Eichelberg, 421.
Einhorn, 707.
Emerson, 784.
Emery, 243.
Emile-Weil, 381.
Emmerich, 808.
Enriquez, 377, 563.
Errero, 271.
Ertzbischoff, 176.
Escat, 62, 63, 673.
Estes, 603.
Etienne, 701.
Eury, 71.
Ewald, 595.

F

Fabre, 106.
Fagge, 70.
Fales, 350.
Falkenstein, 840.
Falta, 410.
Farlow, 845.
Farquhar Bizzard, 749.
Farroni, 124.
Faucheux, 303.
Faure, 308, 843.
Faure (J. L.), 90.
Fauvel, 168.
Feigl, 676.
Félizet, 460.
Fenestre, 851.
Ferras, 324.
Ferrier, 522, 664.
Fiaux, 432.
Fiessinger, 638.
Filippi, 12.
Fillios, 22.
Finck, 496, 568.
Finkelstein, 790.
Fiquet, 408.
Fish, 343.
Fischer, 825.
Fischler, 671.
Flaissier, 392.
Flavelle, 208.
Fleig, 139, 518, 738.
Foa, 237.
Foerster, 677.
Foisy, 173, 787.
Forgue, 71.
Forgues, 320.
Foucault, 92.
Fournier, 243, 602.
Fournier (Alb.), 164.
Fournier (Alfred), 793.
Fournier (Edmond), 243.
Foveau de Courmelles, 12, 279, 292, 325, 502.
Fowler, 204.
Fraenkel, 131.
Franc, 27.
Frank, 65, 98, 852.
Franklin (Roger) 155.
French, 395, 645, 683.
Frenkel, 204.
Freund, 777.
Freyre, 421.
Friedlander, 314, 609.
Friedrich, 413.
Froelich, 740.
Froidbise, 810.
Furesz, 780.
Furet, 664.

G

Gailhard de Champris, 828.
Galiana Soriano, 306.
Gallois, 310, 357, 708, 718, 824.
Ganser, 134.
Garbarini, 631.
Garceau, 64.
Gardette, 468.
Gardon Gullan, 630.
Gaston, 425.
Gaucher, 424.
Gaudier, 740.
Gaudron, 431.
Gaudy, 446.
Gauthier, 519.
Gautier, 372, 773.
Gautrelet, 377, 682.
Gebrovski, 389.
Genouville, 62, 496, 851.
Gigon, 410.
Gilbert, 55.
Gilbert Ballet, 772.
Gilbert-Davis, 598.
Gilbride, 311.
Girard, 164.
Githens, 174.
Gley, 125, 518.
Gliman, 206.
Goldscheider, 565.
Goldschmidt, 528.
Gomez, 318.
Gordon Gullan, 67.
Gordon King, 95.
Gore, 591.
Gouget, 756.
Grasset, 203, 665.
Gravellat, 682.
Grawitz, 378, 518.
Grego, 410.
Griffith, 177.
Gross, 236, 483, 842.
Grunberg, 675.
Gubb, 817.
Guelliot, 309.
Guiart, 430.
Guignes, 62.
Guillaume-Louis, 631.
Guillemonat, 380, 678.
Guinard, 308, 448, 706.
Guiol, 306.
Guire (Mac), 210.
Guisez, 168, 762.
Guthrie, 273.
Gunn, 211.
Gy, 627.

H

Haecker, 776.
Haink, 32.
Hallion, 192, 699, 707.
Hallock, 748.
Hallopeau, 494, 821.
Halluin (d'), 595.
Hamant, 427.
Hamilton, 739.
Hammond, 53, 103, 239.
Hamonic, 283.
Hans, 393.
Haret, 315.
Harringham, 94.
Hartmann, 61, 196, 524, 560, 815.
Hasselbach, 710.
Hasting, 677.
Haultain, 212.
Haushalter, 36.
Hay, 313, 420, 747.
Hayem, 564.
Heath, 280.
Hébert, 426, 456.
Hecht, 178.
Heitz, 67.
Helot, 712.
Henrard, 91.
Henri-Jean, 169.
Hensel, 376.
Herry, 774.
Herschel, 352.
Herschell, 17.
Hertoghe, 481, 605.
Herxheimer, 781.
Herz, 22.
Hey de Krall, 746.
Heymann, 423.
Heyn, 285.
Hichens, 200.
Hicks, 462.
Hinajar, 285.
Hippins, 790.
Hocheisen, 103.
Hoffa, 158, 741.
Hoffmann, 426.
Hofmeier, 103.
Homer-Dupuy, 493, 530.
Hoppe-Seyler, 746.
Horand, 244.
Hornung, 22.
Hotel (d'), 235.

Houdé, 431.
House, 790.
Huchard, 78, 153, 592, 670.
Huguier, 809.
Humbert, 792.
Hunter, 840.
Hurd, 531.
Hurlimann, 636.
Hutsch, 627.

I

Ide, 59, 488.
Imbert, 643, 743.
Immelmann, 313.
Ingelrans, 23.
Iselin, 99.

J

Jaboulay, 711.
Jackson, 280.
Jacob, 559.
Jacobaeus, 710.
Jacques, 635.
Jacquet, 162, 403.
Jahr, 497.
Janowski, 250.
Japha, 573.
Japy, 560.
Jaworski, 237.
Jayle, 144.
Jeanbrau, 71, 141.
Jeanne, 560.
Jeannel, 448.
Jeanselme, 72.
Jesionek, 851.
John, 789.
Johnston; 25, 853.
Joly, 522.
Joseph, 858.
Jousset, 324.
Jullien, 243, 828.
Jungano, 851.
Jurasz, 636.

K

Kahn, 438.
Kanellis, 95.
Kanitz, 29.
Kapp, 243.
Karwowski, 677.
Kast, 501.
Katzenstein, 159, 237.
Kaufmann, 599.
Kaznelson, 818.
Keating-Hart, 685, 744.
Kehr, 93.
Keins, 463.
Kelsch, 510.
Kendirdjy, 63, 388.
Kenner, 241.
Ker, 444.
Kerr Pringle, 748.
Kienböck, 557.
Kindler, 238.
Kirmisson, 464, 560, 741.
Klapp, 178.
Klauber, 234.
Klein, 571.
Klemperer, 753.
Klug, 142.
Kluyskens, 719.
Kner, 286.
Knyvett Gordon, 302.
Kocher, 772.
Koenig, 412.
Kohnstamm, 745.
Kolipinski, 591.
Kolomoitzev, 107.
Körte, 127.
Kossobudski, 486.
Koster, 353, 382.
Kothe, 748.
Kottmann, 419.
Krossing, 637.
Kuhn, 418, 600.

L

Labbé, 737.
Labbé (Henri), 195.
Labbé (Marcel), 195, 229, 663.
Labbé (Marcel et Henri), 446.
Laborderie, 698.
Labougle, 594.
Labouz, 11.
Lacouture, 104.
Laederich, 612.
Lafay, 807.
Lagrange, 629, 838.
Lalesque, 445.
Lambotte, 460.
Lampe, 412.
Lancereaux, 1.
Landouzy, 612.
Landois, 712.
Landwehr, 309.
Langdown Brown, 569.
Lange, 59, 778.
Langemak, 559.
Langstein, 393, 855.
Lannelongue, 361, 815.
Lantz, 847.
Lapeyre, 596.
Lapthorn-Smith, 211.
Laquerrière, 340, 719.
Laqueur, 23, 644, 755.
Lardennois, 743.
La Roque, 172.
Laroy, 160.
Laroyenne, 392.
Lassar, 458, 497, 535.
Latham, 304.
Lauder-Brunton, 528.
Laurent, 814.
Laussedat ,644.
Laval, 281.
Lavrand, 455.
Layral, 843.
Le Baillif, 32.
Lebeaupin, 18, 269, 408, 592.
Lebeuf, 676.
Lecène, 245.
Leclerc, 274.
Le Dentu, 379, 684.
Leduc, 208, 252.
Leedham-Green, 197.
Leenhart, 141.
Lees, 591.
Le Fort, 593.
Le Gendre, 93, 156, 230, 304.
Legueu, 306, 497.
Leik, 302.
Lejars, 15, 232, 572, 842.
Leloutre, 349, 678.
Lemaire, 777.
Lemoine, 431, 806.
Lengfeller, 11.
Lenhart, 737.
Lenhartz, 390, 414.
Lennan (Mac), 667.
Lemeker, 755.
Le Noir, 35.
Le Nouene, 307.
Léopold-Lévi, 87, 157, 230, 447, 482, 488, 556, 602, 703.
Lépine, 87.
Lepoutre, 161.
Leredde, 207, 243, 425, 443, 637, 698.
Leriche, 43, 159, 253, 562,
Lermoyez, 565, 780.
Lesage, 633.
Lesser, 534.
Leullier, 560.
Levassort, 540.
Levitskaya, 820.
Lewin, 21.
Lewis Jones, 208, 317.
Leyden, 195.
Liefschutz, 162.
Linossier, 814.
Lion (G.), 812.
Lockhart-Mummery, 459, 745,
Lock, 857,
Loew, 30.
Lœwenthal, 645.
Logan Turner, 635.
Loghem (van), 519.
Loose, 172.
Lorand, 703.
Lotsh, 231.
Lovell Gulland, 156.
Loze, 388.
Lucas-Championnière, 536, 788.
Luff, 591.
Luthje, 376.
Lyon (Gaston), 55.

M

Maas, 395, 486.
Machard, 324.

Mackenzie, 56, 237, 492.
Mahu, 565.
Mai, 595.
Maier, 555.
Maillart, 814.
Majewski, 246.
Makiewicz, 533, 750.
Malcom Morris, 567.
Malherbe, 250.
Mallet, 792.
Malster, 501.
Manasse, 212.
Manchot, 393.
Mangelsdorf, 525.
Mann, 93.
Mantoux, 710.
Marcille, 537, 630.
Marie, 736.
Marfan, 358, 500.
Marini, 312.
Marique, 176.
Marro, 54.
Marshall, 249.
Martial, 207.
Martin, 31.
Martin (A.-F.), 52.
Martin (Ed.), 128.
Martinet, 163, 265, 321, 718, 826.
Marx, 800, 803.
Mary (Albert et Alexandre), 252, 324.
Masini, 752.
Massi, 241.
Massier, 135.
Mathieu, 483, 814.
Mathis, 848.
Mauclaire, 128, 381, 843.
Maunoury, 743.
Maurel, 432.
Mayer, 322.
Mayet, 453, 490.
Mayo Robson, 161, 483.
Mayor, 382, 682.
Meillère, 311, 321, 378.
Menacho, 353.
Mendel, 5.
Mendelssohn, 769.
Mendes, 194.
Mensel, 811.
Meredith Young, 205.
Mériel, 711.
Mescherski, 458.
Metchnikoff, 19.
Meunier, 163.
Meyer, 19, 489.
Mezernitzky, 201.
Mikhailov, 90.
Milian, 243.
Millon, 773.
Minet, 172, 343, 409, 738.
Minkowski, 100, 669.
Mirallié, 744.
Mogirk, 356.
Mohrmann, 592.
Moissonnier, 354.
Molin, 459.
Moll, 672.
Monges, 76.
Mongour, 413, 517, 519.
Monod, 428, 608, 639.
Monprofit, 743.
Monserrat, 641.
Montague-Murray, 465.
Monti, 213.
Moran, 244.
Morawitz, 409.
Morax, 27, 216.
Morestin, 345, 558.
Morgenstern, 286.
Moricheau-Beauchamp, 70, 276, 391.
Morison, 634.
Morley Flechter, 607.
Morris, 60.
Morton, 128, 821.
Mossé, 454, 718.
Moty, 425.
Motz, 246.
Mouneyrat, 523.
Mouret, 24
Moynihan, 448, 598, 704.
Muller, 322, 719.
Munter, 375.
Myers, 358.

N

Naamé, 718.
Nagelschmidt, 646.
Nagerschmidt, 502.
Nauwelaers, 852
Neil, 574.
Neisser, 251, 427, 605.
Nélaton, 482.
Némery, 386.
Nepper, 707.
Nethersole Feltcher, 466.
Neu, 702.
Neuburger, 496.
Neumann, 285, 555.
Newmann Neidl, 417.
Nicolas, 385.
Nicoll, 484.
Niemann, 573.
Nigay, 16, 167, 199, 348, 466, 557, 718.
Nobécourt, 105.
Nobele (de), 351, 420.
Noguès, 678.
Noorden (von), 11.

O

Ober, 266.
Oddo, 276.
Ombredanne, 450, 684.
Ort, 392.
Ostankov, 171.
Otis, 669.
Oui, 31.
Oulmont, 341.
Outer, 485.

P

Paessler, 709.
Panizo, 232.
Parache, 320.
Pardoc, 752.
Parham, 486.
Parisot, 500.
Parlavecchio, 102, 176.
Parsons, 521.
Partaelli, 854.
Pascault, 324.
Pascual, 570.
Pasteau, 99, 388.
Patoir, 171.
Paduchet, 460, 462.
Paukow, 606.
Péhu, 641.
Péju, 843.
Pel, 597.
Pellizzari, 137.
Penot, 698.
Péraire, 496.
Perrin, 66, 445.
Perthes, 785, 786.
Perutz, 490.
Peters, 417.
Petersen, 101.
Pfister, 129.
Pfluck, 456.
Piatot, 737.
Pic, 828.
Picqué, 140.
Piéri, 569, 643.
Piet, 344.
Pietri, 272.
Pillet, 679.
Plicque, 824.
Piot, 684.
Plantier, 527.
Plateau, 458.
Plehn, 556.
Polano, 680.
Pomialovski, 455.
Poncet, 43, 253, 447.
Pope, 492.
Porak, 541.
Porter, 605.
Posner, 387.
Posternak, 321.
Potherat, 31, 444, 482.
Potocki, 68.
Pouchet, 344, 360, 394, 699.
Pouliot, 282.
Pousson, 139, 247, 461.
Poux, 69.
Powers, 608.
Pozzi, 144, 744.
Pressly, 347.
Privat, 388.

Preble, 65.
Psaltoff, 740, 742.
Pugnat, 281.

Q

Quénu, 15, 482, 560.
Queyrat, 214.
Quillier, 214.
Quinton, 499.
Quirk, 608.

R

Rabot, 818.
Rachon, 709.
Rafin, 497.
Raitzenstein, 379.
Ramon (Gill), 272.
Ramond, 341.
Ranvier, 288.
Raptas, 494.
Ratier, 209.
Rauenbusch, 310.
Ravaut, 98.
Raymond, 577, 611.
Regnault, 525.
Rehn, 414.
Reiche, 452.
Rémond, 491.
Renaut, 242.
Rennie, 633.
Rénon, 32, 85, 300, 373, 408, 443, 773, 806, 854.
Reuterskiold, 415.
Reverdin (J.), 747.
Reyher, 789.
Reynès, 742.
Reynier, 444, 505, 721.
Reynolds, 606.
Rhodes, 533.
Ricard, 483, 523.
Richardson, 640, 745.
Riche, 842.
Rieder, 858.
Rieffel, 375.
Ritter, 450, 844.
Riva, 595.
Rives, 715.
Rivière, 757.
Robin (A.), 20, 129, 130, 145, 165, 199, 278, 374, 425, 537, 775, 817, 829.
Roch, 500.
Rocher, 425.
Rochet, 640.
Rochon-Duvignaud, 27.
Roepke, 350.
Roesen, 198.
Roethisberger, 410.
Roger 396.
Rollier, 741.
Romberg, 599.
Romillois, 559.
Romme, 141.
Rose, 481.
Rosenberg, 26, 350.
Rosenthal, 534.
Rothschild (H. de), 87, 157, 230, 447, 482, 488, 556, 602, 703.
Rottenstein, 181.
Roure, 749.
Rousseau-Saint-Philippe, 105.
Routier, 102, 447, 560.
Rouvière, 638.
Roux, 126, 354, 628.
Roy, 464.
Royet, 492.
Ruault, 813.
Rudaux, 320.
Ruge, 666, 704.
Russell-Howard, 714, 852.
Rutter-Williamson, 755.

S

Saalfeld, 98, 609.
Sabrazès, 522, 776.
Sachs, 235.
Saint-Clair Thomson, 58, 60.
Salfeld, 14.
Salignat, 58.
Salomon, 663.
Sancert, 236.
Sanchez, 240.
Saquet, 482.
Sargnon, 713, 818.
Sarradon, 429, 496.
Savariaud, 102.
Scales, 717.
Schaeffer, 600.
Schalenkamp, 858.
Scharff, 856.
Schelle, 35.
Schenker, 772.
Schick, 480.
Schiele, 457.
Schiff, 632.
Schindler, 138.
Schlatter, 558.
Schloss, 563, 844.
Schmidt, 524, 679.
Schmidt-Rimpler, 241.
Schmitzen, 813.
Scholtz, 782.
Schreiber, 389.
Schrœder, 599.
Schubert, 285, 574.
Schultz, 449.
Schulz, 666.
Schuster, 781.
Schwabe, 571.
Schwartz, 536, 769.
Sears, 56.
Seidel, 709.
Selig, 564.
Sellier, 347.
Semon, 206.
Sencert, 842.
Sergent, 125, 665.
Serr, 785.
Sevestre, 394.
Shoemaker, 305, 678.
Shoemakete, 822.
Sevestre, 500.
Sheldon, 597.
Sidney-Phillips, 487.
Siebold, 858.
Sieur, 127.
Sikes, 520.
Simart, 784.
Simon. 391, 608.
Sittler, 664.
Sittmann, 124.
Skeel, 786.
Slowtzoff, 229.
Sluka, 855.
Smith, 709.
Soldin, 573.
Solland, 526.
Solt, 238.
Sonneville, 343, 409.
Soubotich, 309.
Souvestre, 178.
Spaeth. 356.
Spielmeyer, 534.
Spillmann, 36, 808.
Spira, 240.
Squire, 130.
Stadelmann, 21, 51.
Stadtlinger, 681.
Staehelin, 775.
Stanmore-Bishop, 210.
Stegmann, 421.
Steinhaus, 521.
Steinsberg, 305.
Sterne, 386.
Stich, 378.
Still, 358.
Stocke, 676.
Stockmann, 429, 481.
Strasser, 92, 199, 498.
Strauch, 234.
Suarez, 101.
Suquet, 821.
Svergevsky, 455.
Swayze, 265.
Swieten (van), 454.

T

Tansard, 139, 783.
Tanturri, 774.
Tapia, 96.
Taptas, 136.
Tasker-Howard, 266.
Tayl-Gwathmey, 197.
Taylor, 550, 601.
Tchernod. 642.
Tédenat, 140, 853.
Terrien, 26, 177.
Terrier, 36, 88, 89, 428.
Terson, 27.
Tesson, 524.
Thalmann, 354.

Thelwall (Thomas), 89.
Thévenet, 459.
Thévenot, 209.
Thibaut, 637.
Thomas, 306.
Thompson, 155.
Thorspecken, 201.
Tibbles, 375.
Tinker, 636.
Tissier, 267, 736.
Tobias, 238.
Tollens, 382.
Torok, 849.
Toussaint, 380.
Trémollières, 166, 209.
Triboulet, 838.
Trinidad Espinosa, 284.
Troisfontaines, 683.
Troïtzki, 857.
Trousseau, 675.
Tsitovitch, 668.
Tubby, 315.
Tucker, 432.
Tuffier, 89, 196, 444, 447, 558, 743, 747, 843.
Tully-Vaughan, 594.

U

Uhlenruh, 426.
Unna, 28.
Upcott, 175.

V

Vachez, 846.
Vaillancourt, 751.
Vaillard, 332.
Valette, 324.
Valude, 27.
Vanverts, 413.
Vaphiadès, 269.
Vaquez, 668.
Varanini, 558.
Variot, 210, 213, 499.
Vautrin, 747, 845.
Velden (von den), 313.
Venancio-Fejedor, 839.
Vénot, 607.
Verhaeghe, 701.
Verny, 316.
Vésian (de), 530.
Vialle, 348.
Viannay, 744.
Vidal, 570.
Vigier, 838.
Vigne, 86.
Vignol, 127.
Villar, 278.
Vince, 707.
Vitoux, 357.
Vnoukov, 277.
Voerner, 29.
Vogel, 451, 846.
Voivenel, 491.
Volta, 233.
Vorschutz, 316.

W

Waèle (de), 447, 702.
Waindler, 644.
Wallace (Cuthbert), 521.
Walther, 13, 718.
Wandel, 840.
Warren, 379, 630.
Watermann, 675.
Waugh, 71.
Webster, 246.
Weichardt, 410, 681.
Weigert, 668.
Weil, 106, 248, 423.
Weill (Emile), 46[illegible]
Weinbrenner, 78[illegible]
Weisswange, 463.
Wenckebach, 94.
Wendel-Kilmer, [illegible]
Werley, 452.
Weyer (van de), 8[illegible]
Weymeerch, 572.
Wicart, 324.
Wickham, 690.
Widal, 495.
Widmer, 318.
Wieder, 451.
Williams, 482.
Williamson, 519.
Wilson, 347.
Winkler, 851.
Witthauer, 214.
Witzenhausen, 823.
Wohlbe[illegible], 815.
Wohlgemüth, 489.
Wolf, 13, 29.
Woods, 101.
Wybauw, 88.

Y

Yakoub, 32.
Yonge, 750.
Young, 101, 130, 461.
Yvert, 416.

Z

Zacharias, 390.
Zeissl (V), 568.
Zuelzer, 410.
Zeuner, 536.
Ziegler, 774.
Zweig, 162.

ill (Emile), 461.
einbrenner, 786.
isswange, 463.
nckebach, 94.
ndel-Kilmer, 49
ley, 452.
er van de, 88.
meerch, 572.
rt, 324.
Lam, 690.
L 49
er, 316
r, 4
ns 4
n, 7
n, 4
er, 4
L 823.
15.
ch, 489.
3, 2
101.
w, 88.

Y

32.
0.
91, 130, 461.
6.

Z

360.
508.
0.

41e
8107

U. HOLZER, BINDER, BOSTON MASS.